



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Da avaliação familiar aos registos de enfermagem: a realidade de uma Unidade Local de Saúde

Ana Rita Oliveira Galvão

Viseu, março 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Da avaliação familiar aos registos de enfermagem: a realidade de uma Unidade Local de Saúde

Ana Rita Oliveira Galvão

Estágio com Relatório Final

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

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Odete Amaral

Viseu, março 2025

“Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos”

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Agradecimento (s)

Família. Por todo o apoio emocional e familiar que me dedicaram durante estes longos meses, sem vocês esta aventura seria uma missão impossível.

Amigos. Por todas as palavras de carinho e de força que me transmitiram, deram-me alento para nunca desistir.

Marido. Por nunca desistires de nós e do nosso amor.

Í

Lourenço. Por mimares a mãe em todos os momentos, os teus gestos de carinho demonstraram que eu estava no caminho certo.

I

Andreia. Por embarcares nesta aventura comigo.

À Enfermeira Rosa Chibante, pela disponibilidade e carinho com que me recebeu, assim como por todo o conhecimento transmitido, que me tornou, sem dúvida, uma enfermeira de família mais competente.

À Professora Doutora Odete Amaral pela paciência, dedicação e compreensão demonstrada ao longo desta caminhada. Aos Professores Doutores Cláudia Chaves, Ana Andrade, Alcinda Reis, Catarina Afonso, Emília Coutinho, Marta Rosa, Isabel Bica, Sofia Campos e Olivério Ribeiro pela dedicação e empenho na transmissão dos conhecimentos nas diferentes unidades curriculares, que despertou em mim a paixão pela enfermagem de saúde familiar.

A todos os profissionais do Centro de Saúde de Gouveia pela amabilidade, simpatia e disponibilidade com que me receberam, fazendo-me sentir em casa.

Grata por apoiarem as minhas decisões e ambições, mostrando-me que sou capaz!

Resumo

Enquadramento: A inclusão das famílias no processo de cuidados tornou-se uma prioridade, exigindo dos enfermeiros competências especializadas para realizar avaliações familiares precisas e implementar intervenções que suprimam as necessidades das famílias. Para garantir a continuidade dos cuidados, é necessário que os enfermeiros registem no processo familiar, todas as informações relevantes sobre a unidade familiar. **Objetivos:** Avaliar as atitudes dos enfermeiros face às famílias, conhecer a sua prática no âmbito da enfermagem de saúde familiar e a importância atribuída a essa prática e identificar a realização de registos em enfermagem de saúde familiar. **Métodos:** Estudo transversal analítico, com uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 64 enfermeiros a exercer funções em Unidades de Cuidados de Saúde Primários de uma Unidade Local de Saúde, sendo a maioria do género feminino (97,1%) e com uma média de idades de $49,03 \pm 8,515$ anos. Os dados foram recolhidos através de um questionário online, com questões sociodemográficas e profissionais, a escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”, a escala “Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias” e questões sobre os registos de enfermagem. **Resultados:** Os enfermeiros que constituem a amostra apresentam como grau académico licenciatura (76,6%) e 31,3% detêm o título profissional de enfermeiro especialista. Têm em média 25 anos de experiência profissional e 21 anos de prática em contexto de cuidados de saúde primários e a maioria não tem formação na área de enfermagem de saúde familiar (67,2%). Demonstram atitudes de suporte em relação às famílias, contudo atribuem maior importância à enfermagem de saúde familiar do que na realidade a integram na sua prática diária. A maioria dos enfermeiros não realiza a totalidade dos registos sobre a família no SClínico (59,4%). **Conclusões:** Embora reconheçam a importância de integrar a família nos cuidados de enfermagem, ainda há desafios a ultrapassar para que os enfermeiros de família da Unidade Local de Saúde adotem uma prática de cuidados com foco na família. O contributo da enfermagem de saúde familiar é indiscutível porque impulsiona a que o foco dos cuidados seja a unidade familiar e em particular todos os seus membros, favorecendo o envolvimento e a harmonia familiar.

Palavras-chave: Família; Enfermagem de Saúde Familiar; Atitudes; Avaliação familiar; Registos;

Abstract

Background: Integrating families in the care process has become a priority, requiring nurses to have specialized skills to carry out accurate family assessments and implement interventions that meet their needs. To ensure continuity of care, nurses need to register all relevant information about the family unit in the family file. **Objectives:** To assess nurses' attitudes towards involving the family in the care process, to find out about their practice in the field of family health nursing and the importance attributed to it, and to identify whether family nursing records are kept. **Methods:** Analytical cross-sectional study with a non-probabilistic convenience sample of 64 nurses working in the Primary Health Care Units of a Local Health Unit, the majority of whom were female (97,1%) and had an average age of $49,03 \pm 8,515$ years. Data was collected using an online questionnaire with sociodemographic and professional questions, the scale "A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros", the scale "Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias" and questions about nursing records. **Results:** The nurses in the sample have a bachelor's degree (76,6%) and 31.3% hold the professional title of specialist nurse. They have an average of 25 years of professional experience and 21 years of practice in primary health care and the majority have no training in Family Health Nursing (67,2%). They demonstrate supportive attitudes towards families, but attribute greater importance to family health nursing than they actually integrate it into their daily practice. The majority of nurses do not complete all the family records in the Clinical Record (59,4%). **Conclusions:** Although they recognize the importance of integrating the family into nursing care, there are still challenges to overcome if family nurses at the Local Health Unit are to adopt a family-focused care practice. The contribution of Family Health Nursing is indisputable because it encourages the focus of care to be on the family unit and all its members in particular, favouring family involvement and harmony.

Keywords: Family; Family Health Nursing; Attitudes; Family assessment; Records;

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de gráficos	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução.....	21
1. Reflexão das Competências Adquiridas e das Atividades Realizadas	25
1.1. Enquadramento do contexto de estágio	25
1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	31
1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área da Enfermagem de Saúde Familiar.....	35
2. Estudo de investigação: “Da avaliação familiar aos registos de enfermagem: a realidade de uma Unidade Local de Saúde”.....	41
2.1. Enquadramento Teórico	41
2.1.1. Enfermagem de Saúde Familiar, atitudes e práticas dos enfermeiros	41
2.1.2. Registos no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	52
2.2. Metodologia.....	56
2.2.1. Justificação do tema.....	56
2.2.2. Tipo de estudo	57
2.2.3. Instrumento de colheita de dados.....	58
2.2.4. População e amostra.....	60
2.2.5. Procedimentos éticos e formais.....	60
2.2.6. Procedimentos estatísticos	61
2.3. Resultados.....	62
2.3.1. Caracterização profissional da amostra.....	62
2.3.2. Caracterização das atitudes dos enfermeiros face às famílias	63
2.3.3. Variáveis sociodemográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros face às famílias	64
2.3.4. Perceção dos enfermeiros quanto à prática de cuidados às famílias e a importância atribuída a essa prática	66
2.3.5. Correlação entre a escala IFCE-AE e a escala PEEF	69
2.3.6. Caracterização da amostra quanto à realização de registos no âmbito da ESF	69

2.4. Discussão de resultados.....	71
2.5. Conclusão do estudo.....	78
Considerações Finais	79
Referências bibliográficas.....	83

Apêndices

Apêndice I - Procedimento Operativo – Medicamentos de Alta Vigilância	92
Apêndice II - Procedimento Operativo – Colheita de espécimes para análise.....	104
Apêndice III - Instrução de trabalho - Identificação de Tubos de Colheita.....	109
Apêndice IV - Instrução de trabalho - Especificidades das Colheitas.....	114
Apêndice V - Infografia.....	119
Apêndice VI - Guia Orientador Registos na UCSP de Gouveia.....	121
Apêndice VII - Apresentações da Formação em Serviço.....	143
Apêndice VIII - Apresentação da Formação - Avaliação e Intervenção Familiar e Registos.....	200
Apêndice IX - Guia de Registos de Enfermagem de Saúde Familiar.....	246
Apêndice X - Instrumento de colheita de dados.....	274
Apêndice XI - Análise estatística da escala PEEF.....	282

Anexos

Anexo I - Certificado de Formação Profissional – Gestão de Conflitos.....	289
Anexo II - Certificado de Formação Profissional – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	291
Anexo III - Certificado de Participação na Tertúlia - “Vamos falar sobre SER Família”.....	293
Anexo IV - Anuência dos autores da Escala IFCE-AE e da Escala PEEF.....	295
Anexo V - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda.....	300

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1. Atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias	63
Tabela 2. Correlação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais associadas com a escala IFCE-AE	65
Tabela 3. Características métricas das subescalas PPEF e IAEF	67
Tabela 4. Correlação entre as subescalas PPEF e IAEF	67
Tabela 5. Fatores sociodemográficos e profissionais associados à Perceção da Prática da Enfermagem com Famílias e da Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias	68
Tabela 6. Correlação entre a escala IFCE-AE e a escala PEEF	69

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Aquisição de Formação em ESF	63
Gráfico 2. Motivos para não realização de registos de ESF	70

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Pirâmide etária dos clientes inscritos na UCSP Gouveia	29
Figura 2. Pirâmide etária dos clientes inscritos no polo de Melo e Folgosinho	30
Figura 3. Esquema de investigação do estudo.....	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

OE	Ordem dos Enfermeiros
EEECESF	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar
CSP	Cuidados de Saúde Primários
OMS	Organização Mundial de Saúde
CVF	Ciclo Vital Familiar
ESF	Enfermagem de Saúde Familiar
USF	Unidade de Saúde Familiar
MS	Ministério da Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
CCEE	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
CEEEECESF	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar
ULS	Unidade Local de Saúde
SAC	Serviço de Atendimento Complementar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ECL	Equipa de Coordenação Local
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
CRI	Centro de Respostas Integradas
UF	Unidade Funcional
IDG	Índice de Desempenho Global
IDE	Índice de Desempenho da Equipa
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários
FACES	<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale</i>
MIM@UF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde

IFCE-AE	A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros
PEEF	Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias
IAEF	Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias
MCAF	Modelo <i>Calgary</i> de Avaliação Familiar
MCAIF	Modelo <i>Calgary</i> de Avaliação e Intervenção Familiar
PPEF	Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias
DGSNS	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
<i>α de Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> ®
<i>r</i>	<i>Rô de Spearman</i>
ρ	Nível de significância
\leq	Menor ou igual
\geq	Superior ou igual
<i>n</i>	número
\pm	Mais ou menos
\bar{x}	Média
DP	Desvio Padrão
<	Menor
OM	Ordenação média
=	Igual
>	Maior

Introdução

A família é considerada a célula vital da sociedade. As mudanças sociais e políticas vivenciadas nos últimos tempos impulsionaram a evolução do conceito de família, refletindo-se na estrutura familiar e suas funções (Spínola & Figueiredo, 2023). Em Portugal, nas últimas décadas, observou-se um acréscimo do número de famílias, 2 356 982 em 1960 (Pordata, 2011) para “4 043 726” em 2011 e “4 149 096” em 2021, mas uma redução do número de elementos do agregado familiar (Instituto Nacional de Estatística, 2023, pp 5). Nos últimos anos, também se constatou que o número de famílias nucleares diminuiu, enquanto as famílias unipessoais, monoparentais e reconstituídas registaram um aumento significativo, “refletindo novas formas de organização familiar, assentes em estruturas familiares de menor dimensão e com novas configurações” (Instituto Nacional de Estatística, 2023, pp.7).

Estas transformações geraram novos desafios em saúde e a inclusão das famílias no processo de cuidados tornou-se uma prioridade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014). Cuidar da família como uma unidade, tendo em consideração a sua história e o seu contexto, é essencial para a compreensão da sua complexidade, reciprocidade e multidimensionalidade, contribuindo para a expansão do foco dos cuidados do indivíduo para a família (Figueiredo, 2012). A prestação de cuidados com foco na família implica transformações na organização dos cuidados e na atitude dos enfermeiros, para que reconheçam as famílias como parceiras no processo de cuidados (Figueiredo, 2012).

Esta mudança de paradigma gerou a necessidade de formar profissionais competentes para cuidar das famílias, impulsionando o desenvolvimento pela OE da especialidade de Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar (Frade et al., 2021). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) é considerado, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o eixo estruturante e funcional na garantia da equidade do acesso a cuidados de saúde e na prestação de cuidados com foco na unidade familiar (Portugal, Regulamento nº 428/2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023), os CSP têm uma abordagem que envolve toda a sociedade e visam promover a saúde e o bem-estar, focando-se nas necessidades e preferências do cliente, família e comunidade, sendo considerados o pilar central

do sistema de saúde (Portugal, Decreto-Lei nº 28/2008) e o contexto de excelência para a prestação de cuidados à família, essencialmente através do método enfermeiro de família, porque lhe proporciona um conhecimento diferenciado das necessidades das famílias e de cada membro ao longo do ciclo vital familiar (CVF) (Figueiredo, 2012). A história dos CSP em Portugal já conta com mais de quarenta anos, mas os marcos mais importantes para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar (ESF) foram a criação, em 2005, do grupo “Missão para os Cuidados de Saúde Primários”, responsável por modernizar e reorganizar estes cuidados e em 2007 a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) dando origem à reforma dos CSP (Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde [MS, SNS], 2023). Perante a complexidade dos contextos onde se desenvolvem as interações com as famílias, associado às novas necessidades e desafios em saúde (Carvalho, 2023), assume particular destaque a organização atual dos CSP, porque enfatiza os cuidados centrados na família ao longo das várias fases do CVF e evidencia o perfil e o papel do enfermeiro de família “como agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados, a um número limitado de famílias” (Figueiredo, 2012, p.3).

Apesar do conhecimento sobre ESF ter evoluído consideravelmente, os enfermeiros ainda evidenciam dificuldades na sua prática clínica, em planear e executar intervenções com recurso a estratégias que englobem a unidade familiar [(Figueiredo et al., 2020; Oliveira et al., 2011; Fernandes et al., 2015)]. Reconhecer a relevância de integrar as famílias nos cuidados de enfermagem, é fundamental que os enfermeiros de família realizem uma correta avaliação familiar (Hanson, 2005) e registem esses dados no processo familiar. Os registos de enfermagem no processo familiar são fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados à família, facilitar a identificação de fatores de risco e promover uma abordagem integral e ajustada às necessidades específicas de cada unidade familiar, com o objetivo de promover a saúde familiar (Ribeiro, 2019).

Mediante o exposto desenvolveu-se o estudo de investigação intitulado “Da avaliação familiar aos registos de enfermagem: a realidade de uma Unidade Local de Saúde” com o objetivo de avaliar as atitudes dos enfermeiros de família face às famílias, conhecer a prática clínica no âmbito da ESF, a importância atribuída a essa prática e respetivos registos.

A elaboração deste Relatório está inserida na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP, integrada no 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu. Este documento

pretende, de forma crítica e refletiva, analisar os cuidados prestados em ESF, integrar o conhecimento adquirido, descrever as competências desenvolvidas em contexto de estágio e apresentar a investigação desenvolvida.

O estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Gouveia, do dia 16 de setembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025, sob orientação da Professora Doutora Odete Amaral e tutoria da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, Rosa Chibante. O decurso do estágio seguiu as diretrizes estabelecidas pela OE e desenvolveram-se atividades que refletiram os objetivos propostos para esta unidade curricular permitindo o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar (CEEECESF) de acordo com o Regulamento n° 428/2018 (Portugal, Regulamento n° 428/2018).

O presente relatório inicia-se com um capítulo destinado à análise crítico-reflexiva do percurso realizado referente ao desenvolvimento pessoal e profissional, com avaliação dos conhecimentos adquiridos e das atividades realizadas, que possibilitaram o desenvolvimento das CCEE e das CEEESF. O segundo capítulo prende-se com a apresentação do estudo de investigação, agregando a fundamentação teórica que o suporta, a metodologia, os resultados e a discussão, onde serão confrontados os resultados obtidos com a evidência científica publicada. Termina com a apresentação das principais conclusões do estudo, recomendações para investigações futuras e implicações práticas para aprimorar a prestação de cuidados de ESF.

1. Reflexão das Competências Adquiridas e das Atividades Realizadas

No decurso do Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP é expectável que o estudante desenvolva as CCEE e as CEEECESF em interdependência com os objetivos estabelecidos para esta unidade curricular, designadamente:

Desenvolver competências de enfermagem especializada, nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas na área da saúde familiar; Executar processos de cuidados de enfermagem à família, sustentados em conhecimento avançado e em referenciais teóricos no âmbito da enfermagem de saúde familiar; Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos no âmbito do processo de cuidados de enfermagem à família, numa perspetiva crítica/reflexiva; Aplicar em contexto da prática clínica, conhecimentos científicos adquiridos ao longo do processo formativo, evidenciando a prática baseada na evidência (Instituto Politécnico de Viseu, 2024, pp.2).

Neste capítulo será realizado um enquadramento do contexto de estágio e descritas detalhadamente as CCEE e as CEEECESF e as atividades realizadas, que permitiram desenvolver e aprimorar estas competências.

1.1. Enquadramento do contexto de estágio

A UCSP Gouveia está integrada na Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda. É composta pela sede, situada em Gouveia, e por sete polos, Melo, Vila Nova de Tazem, Folgoso, Moimenta da Serra, Nespereira, Cativeiros e Arcozelo da Serra.

Esta UCSP tem como missão “prestar cuidados de saúde primários adequados à população inscrita, intervindo na comunidade, atuando no âmbito da saúde individual e familiar” (Portugal, MS, SNS, 2024). Tem como visão ser uma unidade promotora de saúde e de comportamentos saudáveis e responder de forma eficaz e responsável às necessidades dos clientes na área da prevenção, diagnóstico, recuperação e tratamento (Portugal, MS, SNS, 2024). Rege-se pelo valor da equidade, acessibilidade, centralidade, espírito de equipa, responsabilidade, transparência, conhecimento, qualidade e inovação (Portugal, MS, SNS, 2024).

O edifício da sede foi construído em 2006, entrando em funcionamento em março de 2008. É constituído por dois pisos. No piso zero situa-se o Serviço de Atendimento Complementar (SAC), armazém de consumo clínico, farmácia, esterilização, morgue, três salas de observação, refeitório dos profissionais e vestiários, instalações sanitárias para clientes e profissionais, garagem e arquivo. O piso 1 encontra-se dividido em quatro blocos que se diferenciam pela cor do mobiliário. No bloco azul situa-se o gabinete do utente, saúde ambiental, saúde pública, fisioterapeuta, psicóloga, coordenação, recursos humanos e contabilidade, sala de reuniões e cafetaria. Os blocos vermelho e amarelo contemplam secretariado clínico, sala de tratamentos, sala de vacinação, gabinete destinado ao planeamento familiar, gabinetes médicos e de enfermagem. Além do descrito anteriormente, o bloco amarelo também apresenta um gabinete dedicado à realização de colheitas de espécimes para análise, gabinetes reservados para consulta de nutrição e dietética, higienista oral, vigilância do pé diabético e serviço de radiologia. Cada médico e enfermeiro dispõe de um gabinete individual, equipado com o material necessário à prestação de cuidados. No último bloco, cinzento, encontra-se a Unidade de Cuidados na Comunidade de Gouveia (UCC), a Equipa de Coordenação Local (ECL) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Guarda Oeste, gabinetes destinados à consulta de cessação tabágica, desabituação alcoólica e toxicodependência, um gabinete para os profissionais do Centro de Respostas Integradas (CRI) da Guarda e sala de fisioterapia.

O horário de funcionamento da UCSP Gouveia é de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 20h e encontra-se encerrada aos fins-de-semana e feriados. Fora do horário de funcionamento da UCSP, os clientes podem dirigir-se ao SAC onde se encontra uma equipa constituída por médico, enfermeiro, assistente técnico e assistente operacional, vinte e quatro horas por dia, ou ao serviço de urgência básica do Hospital Nossa Senhora da Assunção (Seia) e/ou serviço de urgência do Hospital Sousa Martins (Guarda).

No que diz respeito à acessibilidade e ao circuito do utente, a UCSP Gouveia oferece aos seus utilizadores um guia de acolhimento, contendo informações sobre os serviços disponíveis, horários de funcionamento, opções alternativas de atendimento, procedimento para agendamento de consultas, bem como o endereço e os contactos da UCSP.

A UCSP Gouveia integra uma equipa multidisciplinar constituída por dez médicos de Medicina Geral e Familiar, doze enfermeiros, dois dos quais especialistas em Enfermagem Comunitária e um especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sete assistentes técnicos, dezasseis assistentes operacionais e dois técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Acrescenta-se os técnicos das Equipas de Recursos Assistenciais Partilhados, a Técnica de Nutrição e Dietética, a Psicóloga Clínica, o Técnico de Serviço Social e a Fisioterapeuta (Portugal, MS, SNS, 2024). A metodologia de trabalho consiste na distribuição de cada cliente/família por uma equipa formada por médico, enfermeiro e assistente técnico, constituindo-se no total, dez equipas de saúde familiar. Este grupo de profissionais é responsável por assegurar a globalidade dos cuidados aos seus clientes e famílias.

Esta unidade funcional (UF) oferece aos seus utilizadores, consultas programadas por iniciativa do utente, ou pela equipa de saúde, onde se inserem as consultas de vigilância dos diferentes programas nacionais de saúde, consultas de cessação tabágica, desabitação alcoólica e toxicoddependência, vigilância do pé diabético, nutrição e dietética, psicologia, serviço de radiologia, colheita de espécimes para análise, fisioterapia, entre outros. Para além de todas as atividades mencionadas anteriormente, a UCSP Gouveia também colabora na orientação de estudantes da Escola Superior de Saúde da Guarda, Escola Superior de Saúde de Viseu e Instituto Jean Piaget de Viseu, proporcionando campo de ensino clínico a estudantes do Curso de Licenciatura e estágio a estudantes do Curso de Mestrado e Especialidade. Destaca-se a colaboração de profissionais na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Gouveia e da enfermeira tutora na Equipa Local de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

Integrada na UCSP, encontra-se a ECL constituída por um médico, dois enfermeiros (um dos quais é a enfermeira tutora) e uma técnica de serviço social do Instituto de Solidariedade e Segurança Social de Gouveia. Esta equipa articula com as equipas de referência dos CSP e Equipas de Gestão de Alta, os fluxos de referência dos clientes, mantendo a Equipa de Coordenação Regional informada sobre a admissão, mobilidade e gestão interna da RNCCI. Analisa os processos dos clientes referenciados, verificando os requisitos de referência, nomeadamente a avaliação clínica e social, os objetivos terapêuticos e necessidades de saúde constantes na proposta de admissão, de modo a determinar, num período não superior a quarenta e oito horas, a admissão ou readmissão do cliente, numa das Unidades de Cuidados Continuados Integrados ou Equipas de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI. A ECL coordena, na sua área de intervenção, a gestão dos vários estados dos episódios dos clientes que integram a plataforma da RNCCI (Portugal, Despacho nº 19040/2006).

Na UCSP Gouveia encontram-se em desenvolvimento diversos projetos, incluindo “Cuida das tuas costas” e “Move@Work”, dinamizados pela fisioterapeuta; os projetos de “Cessação Tabágica” e “Desabitação Alcoólica” desenvolvidos por um médico e enfermeiro

e a “Consulta do pé diabético” realizada por uma enfermeira. A “Consulta de Toxicodependência” envolve um médico, um enfermeiro e profissionais do CRI da Guarda. Além disso, “Alimentação Saudável: Os + saudáveis”, é liderado pela técnica de nutrição e dietética e “Sopa.come” pela técnica de saúde ambiental.

Esta UF apresentava, em setembro de 2024, um Índice de Desempenho Global (IDG) de 53,90% e Índice de Desempenho da Equipa (IDE) de 47,70% (Portugal, MS, SNS, 2024). Na Carta de Compromisso de 2024, a UF propõe-se a realizar planos de melhoria no âmbito da satisfação dos clientes e profissionais de saúde em CSP, gestão da Saúde da Mulher e da Diabetes *Mellitus*. No que diz respeito aos indicadores propõem-se a melhorar a proporção de clientes com hipertensão arterial, com determinação do risco cardiovascular nos últimos três anos; proporção de clientes com diabetes, com o último registo de hemoglobina glicada igual ou inferior a 8,0%; proporção de clientes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do cólon e reto efetuado; proporção de clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica, com pelo menos um registo de avaliação do volume expiratório forçado no primeiro segundo, nos últimos 3 anos; proporção de clientes com 25 ou mais anos, com vacinação antitetânica atualizada e proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 2º trimestre de gravidez, com registo (Portugal, MS, SNS, 2024).

Através da consulta do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), pode-se constatar que a UCSP Gouveia em dezembro de 2024 contabilizava 6 546 famílias, num total de 12 950 clientes inscritos (6 141 homens e 6 809 mulheres). Destes 12 950 clientes, 428 (3,31%) não tinham equipa de saúde familiar atribuída (Portugal, MS, SNS, 2024).

Analisando a pirâmide etária dos clientes inscritos na UCSP Gouveia (figura 1), constata-se que esta UF presta cuidados a uma população fundamentalmente envelhecida. Tal se comprova pelo índice de dependência total, estabelece a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, de 87,87%, pelo índice de dependência de jovens, que estabelece a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, com o valor de 17,29% e o índice de dependência de idoso, sendo a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, de 70,58% (Portugal, MS, SNS, 2024). Assim como se pode verificar que o índice de envelhecimento do Concelho de Gouveia em 2023 era de 435,5 (Pordata, 2024).

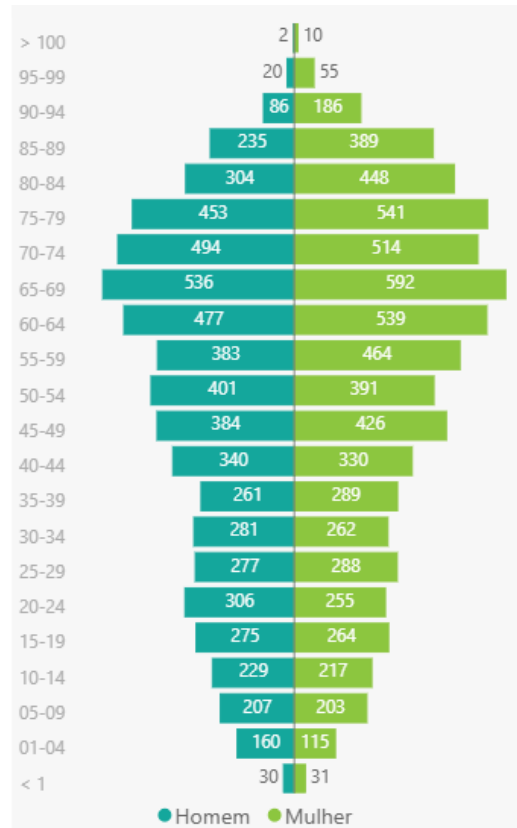


Figura 1. Pirâmide etária dos clientes inscritos na UCSP Gouveia

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (2024). Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários: UCSP Gouveia. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2090600/Pages/default.aspx>

O ficheiro atribuído à enfermeira tutora integra todos os clientes inscritos no polo de Melo e Folgosinho. A restante equipa de saúde é constituída por Médica de Medicina Geral e Familiar que acumula as funções de coordenadora da UCSP e assistente técnica.

O estágio clínico desenvolveu-se no polo de Melo e Folgosinho onde se realizaram essencialmente consultas de vigilância no âmbito dos vários programas nacionais de saúde e tratamentos à ferida. Na sede, em Gouveia, realização de colheita de espécimes para análise, realização de tratamentos à ferida, vacinação e colaboração com a ECL.

O polo de Melo abrange a população da União de Freguesias de Melo e Nabais com o seguinte horário de funcionamento: segunda-feira das 9h às 13h, terça-feira e sexta-feira das 10h às 13h e quinta-feira das 9h às 13h e das 14h às 17h e encerra à quarta-feira, fins-de-semana

e feriados. O polo de Folgosinho encontra-se em funcionamento quarta-feira das 9h às 13h e das 14h às 17h, nos restantes dias encontra-se encerrado (Portugal, MS, SNS, 2024).

Esta equipa de saúde familiar presta cuidados a um ficheiro constituído por 1 222 clientes, destes 577 são homens e 645 são mulheres distribuídos nas seguintes faixas etárias: 0 aos 7 anos 41 clientes, 646 entre os 7 e os 65 anos, 183 entre 65 e os 74 e 352 superior a 75 anos (Portugal, MS, 2024). Na pirâmide etária dos clientes inscritos no polo de Melo e Folgosinho (figura 2) observa-se um predomínio de indivíduos no topo, refletindo assim uma população envelhecida, menor taxa de natalidade, pequena proporção de jovens e uma elevada esperança média de vida. Estes clientes residem maioritariamente nas freguesias de Melo, Nabais, Folgosinho, Figueiró da Serra, Freixo da Serra e União de Freguesias de Gouveia.

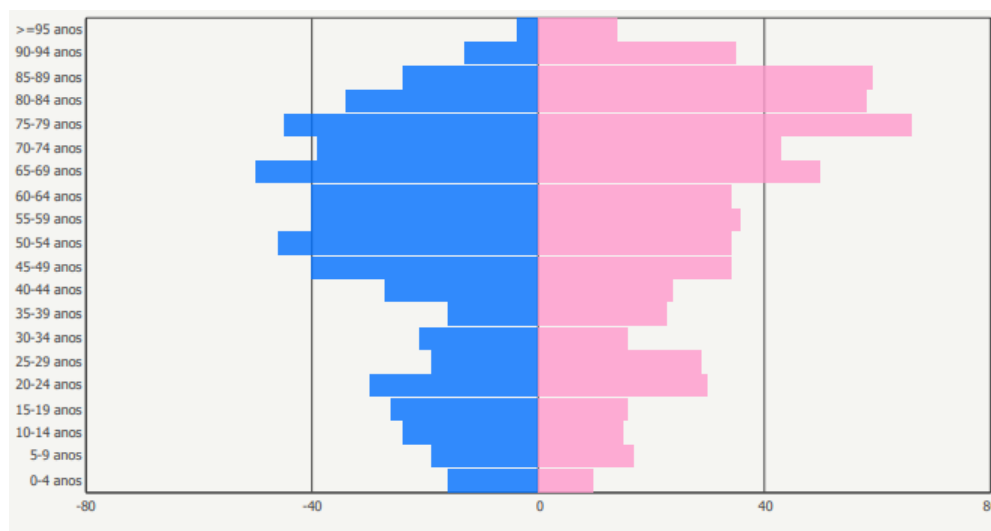


Figura 2. Pirâmide etária dos clientes inscritos no polo de Melo e Folgosinho

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde. (2024). Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais.
<https://mimuf-centro.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>

Do total de clientes do polo de Melo e Folgosinho, 128 encontram-se inseridos no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar, dois no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Saúde Materna, 506 no Rastreio Oncológico, 369 no Programa Nacional Para as Doenças Cérebro Cardiovasculares Risco: Hipertensão Arterial, 161 no Programa Nacional Para a Diabetes e 131 clientes no Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. As doenças de maior prevalência são a Hipertensão Arterial e a Diabetes *Mellitus*. A codificação de diagnósticos médicos de maior incidência é a hipertensão sem complicações, tosse, síndrome vertebral com irradiação de dores, infeção aguda do aparelho respiratório superior, ansiedade,

perturbações depressivas e sinais/sintomas da região lombar, ombros e joelho (Portugal, MS, SNS, 2024).

A caracterização dos clientes do ficheiro da enfermeira tutora, aliada ao conhecimento das patologias e diagnósticos médicos com maior incidência, possibilitou o planeamento e a prestação de cuidados ajustados às características dos clientes e famílias.

O facto da UCSP Gouveia estar organizada pelo método de trabalho enfermeiro de família permitiu a prestação de cuidados ao longo de todo o CVF e o desenvolvimento do papel do enfermeiro de família e a sua responsabilidade sobre a promoção e prevenção da saúde familiar. Esta abordagem possibilitou a realização de diversas atividades que promoveram o desenvolvimento das CCEE e das CEEEECESF que serão detalhadas nos subcapítulos seguintes.

1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, desenvolvem um conjunto de competências que lhes confere capacidades de gestão e supervisão dos cuidados e responsabilidade no âmbito da formação, investigação e assessoria (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

As CCEE dividem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é definido que o enfermeiro desenvolva uma prática profissional, ética e legal de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, e que conceda cuidados garantindo os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

Como competências do domínio da melhoria contínua da qualidade estão designadas: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais relacionadas com a governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

No domínio da gestão dos cuidados, é estabelecido como competências: gerir os cuidados de enfermagem, aprimorando a resposta da equipa e a articulação com a equipa multidisciplinar, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando garantir a qualidade dos cuidados (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

Nas competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais incluem-se a promoção do autoconhecimento e a assertividade e fundamentar a prática clínica na evidência científica atual (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

Mediante o exposto, ao longo do estágio foram realizadas diversas atividades que contribuiriam para o desenvolvimento destas competências.

De modo a desenvolver as unidades de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, todas as decisões profissionais se basearam nos princípios, valores e normas deontológicas, tanto na prestação de cuidados às famílias, como no desenvolvimento do estudo de investigação.

Os cuidados às famílias foram sempre prestados à luz dos direitos humanos, garantindo o respeito pelos seus membros, pelas suas opiniões, decisões, escolhas, crenças, estereótipos ou religião. O princípio da privacidade foi assegurado, tendo sempre presente o local onde se abordavam as famílias e fechando a porta do gabinete. Quando era necessário realizar registos ou apontamentos manuais, o nome da família e dos seus membros era substituído por iniciais, para garantir o princípio da confidencialidade da informação e o sigilo profissional. Baseado no conhecimento científico mais atual da ESF e experiência profissional, desenvolveram-se estratégias de resolução de problemas em parceria com as famílias, selecionando as respostas mais adequadas de acordo com as suas características, forças e recursos.

Sempre que oportuno e relevante, fomentou-se a partilha de casos clínicos de famílias com a equipa de saúde familiar. Em equipa, era debatido o plano de cuidados, as intervenções e as respetivas estratégias a implementar no âmbito da ESF, e referenciadas para outros profissionais, quando o contexto ultrapassava esta esfera de ação. Por fim avaliavam-se as intervenções implementadas, com vista à avaliação dos seus resultados e partilhava-se com a equipa de enfermagem para replicação em situações semelhantes.

Por forma a aprimorar as unidades de competência do domínio melhoria contínua da qualidade, procurou-se conhecer a organização interna da unidade e os seus profissionais e guiar a prática clínica pelos protocolos existentes. Com base na consulta do BI-CSP, da carta de compromisso e da caracterização da população inscrita na UCSP Gouveia e no ficheiro da

enfermeira tutora, desenvolveram-se intervenções de enfermagem ajustadas às especificidades e necessidades das famílias e realizaram-se registos que dessem resposta aos indicadores contratualizados.

Durante o estágio ocorreu uma auditoria externa ao serviço pelo que surgiu a oportunidade de acompanhar os auditores, analisar o relatório final e, em equipa, priorizar as áreas a melhorar, seleccionando as estratégias mais adequadas e adaptadas aos recursos da UF. Também ocorreram duas auditorias internas, nas quais se colaborou na análise dos indicadores contratualizados. Neste sentido e com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pela UCSP Gouveia, foi elaborado um procedimento operativo sobre os medicamentos de alta vigilância (apêndice I), segundo a norma 008/2023 da Direção Geral da Saúde e etiquetas para identificação dos medicamentos de alerta máximo e *Look-Alike, Sound-Alike* para os locais de armazenamento e distribuição. Com o intuito de uniformizar procedimentos, também se realizou um procedimento operativo sobre colheita de espécimes para análise (apêndice II), duas instruções de trabalho, designadas Identificação de Tubos de Colheita e (apêndice III) e Especificidades das Colheitas (apêndice IV) e uma infografia (apêndice V) que de forma gráfica correlacionava o tipo de análise ao tubo de colheita. Este documento foi afixado no quadro do gabinete destinado à colheita de espécimes para análise para consulta rápida. A divulgação e operacionalização destes procedimentos operativos e instruções de trabalho contribuíram para diminuir os riscos ambientais e reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano na UCSP Gouveia. Por forma a melhorar o IDE também se desenvolveu um Guia Orientador de Registos (apêndice VI), onde minuciosamente se encontravam descritas as intervenções a implementar nos diversos programas de saúde, e de que forma se devem registar no sistema de informação SClínico CSP.

Os procedimentos operativos, as instruções de trabalho e o guia orientador de registos, foram avaliados pela Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco da ULS da Guarda e homologados pelo Conselho de Administração e posteriormente divulgados à equipa de enfermagem, no âmbito da formação em serviço (apêndice VII).

Pelo facto da enfermeira tutora integrar o conselho técnico, foi possível colaborar na elaboração do Plano de Ação da Unidade Funcional do ano 2024, no plano de melhoria para o ano de 2025 e na contratualização de indicadores.

Para fomentar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados no âmbito da ESF foi ministrada formação sobre avaliação e intervenção familiar e respetivos registos à UCSP Gouveia (apêndice VIII). Também foi submetido, ao Núcleo de Enfermagem Comunitária, um

guia de registos de ESF (apêndice IX), com proposta de indicadores de resultado que permitem avaliar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de família e sugeridas alteração ao SClínico CSP por forma a integrar o ecomapa, o genograma, a Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* e a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES II) como instrumentos de avaliação familiar e atualização do modelo de avaliação do CVF.

Inserido no domínio da gestão dos cuidados e suas competências, colaborou-se com a enfermeira tutora, que se encontrava de momento a assumir funções de gestão, no planeamento dos horários de trabalho da equipa de enfermagem, na distribuição das equipas para a vacinação covid-19 e gripe sazonal 2024-2025, na gestão do *stock* do material de consumo clínico e respetivo pedido na plataforma Gestão Hospital de Armazéns e Farmácia e na supervisão das tarefas delegadas aos assistentes operacionais, nomeadamente na limpeza e higienização de espaços e equipamentos. Para desenvolver este domínio foi essencial conhecer a estrutura e organização da UF, assim como os seus recursos assistências por forma a geri-los eficientemente e adequá-los a cada contexto, promovendo cuidados de qualidade.

Fomentando a motivação profissional e o espírito de equipa, contribui-se para um ambiente de trabalho saudável, sugerindo algumas melhorias organizacionais e mediando-se alguns conflitos entre equipas e dentro da equipa de enfermagem, dialogando com os envolvidos e demonstrando os diversos pontos de vista. Para o desenvolvimento desta competência foi essencial aplicar os conhecimentos adquiridos na formação “Gestão de Conflitos”, dinamizada pela Unidade de Formação da ULS da Guarda (anexo I).

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e de acordo com as suas especificidades, este estágio contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal, enaltecendo os recursos, definindo limites e aprimorando a capacidade crítica e reflexiva. As emoções foram geridas de forma equilibrada, demonstrando-se empatia pelas famílias e pelas suas vivências, atuando eficazmente, mesmo em situações desafiantes e de conflito interno. As famílias foram cuidadas sem preconceito, evitando julgamentos e conflitos, quando estes surgiam, agia-se pelo princípio da neutralidade, avaliando cada situação e esclarecendo eventuais equívocos.

Uma vez que a enfermeira tutora colabora no planeamento da formação em serviço, criou-se a oportunidade de colaborar no diagnóstico de necessidades formativas das diversas equipas e dinamizar, em conjunto com a colega de mestrado, ações de formação que colmataram algumas das necessidades identificadas. Também foi possível assistir a diversos momentos formativos que contribuíram para aumentar o conhecimento em outras áreas,

nomeadamente sobre o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) e processo de referenciação para a RNCCI (anexo II). Enquadrado neste âmbito surgiu a oportunidade de participar na tertúlia “Vamos falar sobre SER Família” dinamizada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Seia e durante o evento foi possível divulgar o papel desempenhado pelos EEECESF (anexo III).

O contexto da prática clínica revelou-se um momento de aprendizagem mútuo: em parceria com a enfermeira tutora, desenvolveram-se os registos de enfermagem dos diversos programas de saúde, a área de gestão de serviço, a referenciação e análise dos processos para a RNCCI e fortaleceram-se os cuidados centrados na unidade familiar, implementando a avaliação e intervenção familiar e realizando os respetivos registos no processo familiar.

De modo a suportar a prática clínica em evidência científica desenvolveu-se o estudo de investigação “Da avaliação familiar aos registos de enfermagem: a realidade de uma Unidade Local de Saúde” que irá ser explanado no capítulo 2.

1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área da Enfermagem de Saúde Familiar

As competências específicas surgem em resposta às necessidades humanas e problemas de saúde ao longo da vida. No âmbito de atuação de cada área de especialidade, o enfermeiro é competente para adaptar os cuidados de saúde às necessidades singulares de cada cliente e família (Portugal, Regulamento nº 428/2018). São definidas como CEECESF cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Para o efeito é fundamental desenvolver as seguintes unidades de competências: estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas; colher dados pertinentes para o estado de saúde da família; monitorizar respostas a diferentes condições de saúde e de doença; desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica; intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família e facilitar a resposta da família a essa situação; desenvolver de forma ativa e intencional a prática de ESF e monitorizar e avaliar as respostas da família às intervenções de enfermagem (Portugal, Regulamento nº 428/2018).

Apesar da duração do estágio não ser a ideal para conquistar a confiança das famílias e dos seus membros, acredita-se que se conseguiu estabelecer uma relação terapêutica pautada

na confiança e no respeito pelas suas diferenças, crenças e opiniões. De modo a facilitar a relação terapêutica, a mestranda foi apresentada às famílias e explicado a finalidade da sua presença. Em todas as intervenções, a prioridade foi garantir o anonimato e a privacidade, de modo a fomentar a confiança das famílias para a partilha da história familiar, problemas, angústias, dúvidas e receios. Em cada contacto, promoveu-se o diálogo para se compreender a perspetiva enquanto unidade e a de cada membro, sobre saúde familiar, crenças e cultura e o seu impacto nos comportamentos em saúde e em decisões futuras. Baseado no conhecimento sobre modelos de avaliação e intervenção familiar e em teorias que suportam o desenvolvimento da família, o foco dos cuidados foi a unidade familiar e cada um dos seus membros, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

No primeiro contacto com a família, procedeu-se à identificação da estrutura familiar, da sua composição e da classe social, através da aplicação da Escala de *Graffar*. Simultaneamente, avaliou-se a etapa do CVF em que a família se situava, segundo o modelo teórico de *Duvall*, revendo as tarefas associadas a essa etapa e identificando os pontos fortes e fracos e os recursos na adaptação às transições familiares. Para as famílias em transição de desenvolvimento abordou-se as tarefas inerentes à nova etapa do CVF, com o intuito de facilitar e apoiar o processo adaptativo. No caso de estarem a enfrentar uma transição accidental ou situacional, avaliou-se o seu impacto na saúde e na dinâmica familiar. O conhecimento sobre a configuração familiar e transição familiar permitiu a identificação das necessidades específicas da família, possibilitando a definição de diagnósticos e a elaboração de intervenções de ESF. Sempre que oportuno, esta avaliação realizou-se durante a visita domiciliária porque permitia observar a família no seu contexto, proporcionando uma perceção mais nítida das suas necessidades, forças, recursos e dinâmicas familiares.

Na realização das consultas de vigilância do Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Doenças Cardiovasculares com risco de Hipertensão, os cuidados foram centrados na família de forma a compreender o impacto da patologia na dinâmica familiar, observando as interações e as expressões entre os membros, por forma a identificar possíveis alterações, dúvidas, angústias, conflitos, mas também recursos e forças da família. Na fase final da consulta eram enaltecidos os pontos fortes da família e, em colaboração com a mesma, delineadas novas metas e objetivos a atingir para a próxima consulta.

No decurso das consultas de vigilância do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil foi oportuno avaliar o papel parental e os conhecimentos inerentes à idade da criança

ou jovem e observar as dinâmicas familiares e as interações entre os seus membros, assim como avaliar a adaptação da família à escola.

Nas cinco consultas que foi possível realizar no âmbito do Programa de Saúde Materna e Obstetrícia, foi analisada a adaptação da mulher às mudanças físicas resultantes da gravidez e a reestruturação de papéis e da relação conjugal necessária para receber uma criança. Através da aplicação da matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) foi avaliado o conhecimento da grávida sobre direitos sociais, tarefas associadas à nova etapa do CVF, e as suas expectativas associadas à gravidez e à parentalidade. Como compareceram sozinhas às consultas, e no sentido de avaliar as expectativas dos cônjuges sobre a gravidez e parentalidade e os seus conhecimentos inerentes à nova etapa de desenvolvimento, foi sugerido e realçado, a importância da sua presença em próxima consulta, tendo sido agendada para uma hora mais tardia para facilitar a presença do casal.

No âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, foi realizada uma visita domiciliária com o intuito de avaliar o desenvolvimento da criança e a dinâmica familiar. Durante esta visita foi imprescindível avaliar pormenorizadamente todas as dimensões do MDAIF e aplicar diversos instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente a escala de *Graffar*, APGAR Familiar de *Smilkstein* e *FACES II*, que possibilitaram a identificação de diversas necessidades. Após a sua validação com a família, foram co-definidos diagnósticos de saúde familiar e planeadas intervenções, tendo em consideração as suas forças, recursos, crenças e valores. Os dados recolhidos e que fundamentaram a decisão clínica, foram transcritos para o processo familiar no SClínico CSP, proporcionando a exploração e o desenvolvimento dos registos no âmbito da ESF. Como a visita domiciliária foi realizada por uma equipa multidisciplinar, no final foi necessário reunir as avaliações dos diversos profissionais no sentido de desenvolver um plano de cuidados conjunto e com o contributo da ESF delineou-se o envolvimento da família extensa (madrinha da criança e vizinha) como recurso para a prestação de cuidados à criança e a promoção do vínculo mãe-bebé que se observou inexistente.

No ficheiro clínico da enfermeira tutora estão inseridas famílias culturalmente diversas e de diferentes nacionalidades. Para cuidar de famílias culturalmente distintas foi necessário conhecer os seus costumes e crenças e compreender o seu impacto no comportamento em saúde. Através de pesquisas científicas foi possível adaptar as intervenções de enfermagem à sua cultura e promover a inclusão e a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Revelou-se uma aprendizagem gratificante, estimulando o pensamento crítico, a criatividade e o desenvolvimento de competências interculturais.

Na situação particular de uma família nuclear em que um elemento do casal era dependente em grau elevado nos autocuidados e o outro demonstrava algum cansaço e incapacidade para o cuidar, foi realizada uma conferência familiar. Nesse momento e através da comunicação circular foram ouvidas as opiniões dos elementos do casal e, em conjunto, identificados os recursos necessários para atender às suas necessidades em saúde e delineadas estratégias com vista à resolução da situação complexa que a família vivenciava. Posteriormente a esta intervenção, a família foi referenciada para o técnico de serviço social para obter informações sobre apoios sociais.

No término de cada dia de estágio, foram debatidos com a enfermeira tutora os casos clínicos e analisada a intervenção e o desempenho da equipa de enfermagem no âmbito da ESF e semanalmente a equipa de saúde familiar reunia e analisava as situações de saúde familiar mais complexas, refletindo sobre a interação com a família, a eficácia dos cuidados e os ganhos em saúde familiar obtidos, visando aprimorar a prática em ESF.

Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF, também é reconhecida como CEEECESF e contempla como unidades de competência: a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e a gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Portugal, Regulamento nº 428/2018).

Fomentou-se em toda a equipa de enfermagem da UCSP Gouveia os cuidados centrados na família, através da administração de formação sobre avaliação e intervenção familiar e respetivos registos. Toda a equipa demonstrou interesse em expandir o foco de cuidados para a família procurando as mestrandas para esclarecimento de dúvidas e discussão de pareceres e possibilidade de tomada de decisões em equipa baseadas em evidências científicas.

No decurso deste estágio promoveu-se a colaboração interdisciplinar, referenciando as famílias para outros profissionais de saúde, particularmente técnico de serviço social, técnica de nutrição e dietética e psicóloga clínica e para instituições da RNCCI e recursos da comunidade, sempre que o contexto ultrapassava a esfera de ação da ESF.

Com o objetivo de realçar o trabalho desenvolvido com as famílias e valorizar os resultados e ganhos alcançados, foram registados no sistema de informação SClínico CSP, no processo familiar os diagnósticos e intervenções realizadas no âmbito da ESF. Contudo, reconhece-se que este sistema de informação apresenta limitações que condicionam a

explicação dos dados recolhidos na avaliação familiar, dos diagnósticos de saúde familiar e intervenções planeadas com as famílias.

Reconhecendo todo o empenho depositado ao longo deste estágio, assume-se que não foi possível desenvolver todas as unidades de competência definidas no regulamento das CEEECESF, nomeadamente avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados e desenvolver legislação e políticas sociais relacionadas com a saúde e direitos da família. Contudo é expectável que ao longo do exercício profissional como enfermeira especialista, a avaliação contínua da relação terapêutica com as famílias se consolide como uma prática essencial e constante para a prestação de cuidados de ESF de qualidade. Acredita-se que o fortalecimento do grupo profissional dos EEECESF, coeso e ativo possa, junto dos responsáveis políticos, desenvolver uma influência determinante para impulsionar melhorias significativas na saúde e direitos das famílias.

2. Estudo de investigação: “Da avaliação familiar aos registos de enfermagem: a realidade de uma Unidade Local de Saúde”

2.1. Enquadramento Teórico

Neste capítulo apresenta-se uma revisão bibliográfica que visa contextualizar e fundamentar o tema do estudo de investigação.

2.1.1. Enfermagem de Saúde Familiar, atitudes e práticas dos enfermeiros

Nos seus primórdios, a família era entendida como um grupo de pessoas unidas por laços de sangue, adoção e ou matrimónio. Este conceito prevaleceu até aos anos 80, quando o *Department of Family Nursing* designou família como um sistema social composto por duas ou mais pessoas que partilham sentimentos, decisões, objetivos e responsabilidade, com duração temporária (Hanson, 2005). O conceito de família deixou de estar inteiramente ligado aos laços de sangue e ao matrimónio, atribuindo-se maior importância aos laços afetivos (Wright & Leahey, 2013). Em Portugal, com o desenvolvimento da área da saúde familiar, o conceito de família também evolui e segundo Relvas (2000), família é um conjunto de pessoas que de maneira organizada e interligada, criam interações específicas entre si, que lhes confere identidade própria e independência. Figueiredo (2012), define-a como um sistema dinâmico, caracterizado pela sua autodeterminação e pelos vínculos afetivos entre os seus membros. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2020, pp.63) clarifica que família é uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”. Na perspetiva de Hanson (2005, p.6) “os membros da família são autodefinidos” e para Wright e Leahey (2013) a família é quem a pessoa reconhece como tal, tornando-se pertinente na prática de enfermagem, questionar o cliente sobre quem é que percebe como família e inclui-las no plano de cuidados.

Na perspetiva de Spínola e Figueiredo (2023), a definição de família é essencial para os enfermeiros, porque cuidam diariamente de inúmeras famílias com crenças e culturas distintas

e segundo Hanson (2005) para fundamentarem a sua prática em conhecimento científico, transpondo a sua conceção de família que é influenciada pelas suas experiências pessoais e história de vida.

As mudanças sociais sentidas nas últimas décadas também produziram alterações na estrutura e organização familiar, com enfoque no seu desenvolvimento e funções (Figueiredo, 2012). Estas transformações geraram novas necessidades em saúde, apresentando desafios para os enfermeiros dos CSP, pelo seu papel na promoção, proteção e prevenção da saúde familiar (Santiago & Figueiredo, 2023).

Neste âmbito, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução nº 47/237, de 20 de setembro de 1993, enalteceu os direitos e responsabilidades da família, consciencializando para as questões económicas, sociais e demográficas que afetam o seu funcionamento e, por conseguinte, a saúde familiar (OE, 2014). No ano 2000 e de acordo com a Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS para a Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, destacou-se a contribuição dos enfermeiros na promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar (OE, 2014).

Saúde familiar é entendida como uma componente do sistema familiar em que o todo e as suas partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde (Figueiredo, 2012). Representa o estado de equilíbrio e o bem-estar integral, abrangendo as dimensões físicas, mentais, emocionais e sociais de cada membro da família, tendo em conta as suas interações e influências recíprocas. Este conceito transcende a saúde individual, contemplando as dinâmicas relacionais e o impacto que estas exercem sobre a unidade familiar, integrando o apoio emocional, os hábitos e comportamentos partilhados, o ambiente doméstico, bem como as vertentes culturais e espirituais que configuram a forma como a família vivencia a saúde e enfrenta a doença (Figueiredo, 2012). Revela-se uma visão sistémica, na qual o equilíbrio e a coesão entre os seus membros são fundamentais para assegurar o bem-estar do sistema familiar [(Hanson, 2005; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013)].

Integrar as famílias nos cuidados de enfermagem teve o seu enquadramento internacional na Saúde 21 e nos últimos anos revela-se uma prioridade das organizações de saúde (OE, 2014). A importância de se integrar as famílias nos cuidados de saúde, deriva do conhecimento de que os hábitos, sejam eles comportamentos promotores de saúde ou comportamentos de risco, são adquiridos no seio familiar, onde cada membro desempenha um papel significativo na formação das atitudes coletivas. Quando um dos seus elementos adocece, o impacto transcende o indivíduo e reverbera em todo o núcleo familiar, que, por sua vez, exerce

uma influência crucial sobre a saúde e o bem-estar de cada um dos seus membros. A dinâmica familiar atua tanto como suporte, como influência nas condições de saúde, e as práticas adotadas por cada membro refletem e afetam o bem-estar da família como um todo. O envolvimento da família nos cuidados de saúde, não só amplia o alcance dos resultados, mas também maximiza a eficácia das intervenções, uma vez que os laços familiares influenciam de forma determinante o sucesso do tratamento, contrariamente ao foco exclusivo no cliente [(Hanson, 2005; OE, 2008)].

Perante esta preocupação desenvolveu-se a enfermagem de cuidados de saúde à família ou enfermagem de família, que é definida por Hanson (2005, p.8) como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem” e tem como finalidade promover, manter e restaurar a saúde das famílias. Nesta linha de pensamento, Figueiredo (2012, p.69) acrescenta que os cuidados de enfermagem têm como objetivo “a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde” e que se centram na relação estabelecida entre o enfermeiro e a família, enfatizando que “o processo de cuidados deve ser desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas”.

Desta conceção é inevitável a definição de enfermeiro de família, que segundo o Decreto-Lei n.º 118/2014, é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multidisciplinar, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem gerais e específicos nas diferentes fases do ciclo vital do cliente e da família, nos diversos níveis de prevenção e em todos os contextos da comunidade, sendo o elo de ligação “entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde” (Portugal, Decreto-Lei nº 118/2014, pp.4070). A OE (2008) acrescenta que o enfermeiro de família se diferencia dos enfermeiros que trabalhavam nos CSP, pelo seu foco que se centra nas famílias e segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária os EEECESF é o grupo de profissionais mais competente no desenvolvimento de práticas em contexto familiar, pelos seus conhecimentos, mas também pela sua abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar (OE, 2022).

A regulamentação das CEECESF sublinha a necessidade imperiosa de profissionais de enfermagem com formação avançada e devidamente qualificados para intervir junto das famílias, considerando-as essenciais na melhoria contínua dos resultados em saúde (Frade et

al., 2021). A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (OE, 2023, pp.1) descreve que

O EEECESF concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade. Toma-se como cliente a família como unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade (unidade).

Apesar do progresso no conhecimento sobre ESF, os enfermeiros ainda enfrentam desafios na implementação e sustentação de práticas no seu contexto clínico, que considerem a família como foco dos cuidados (Figueiredo et al., 2020). Este facto deriva das representações que os enfermeiros detêm sobre a família e enfermagem de família, da forma como os cuidados estão organizados, da escassez de recursos humanos e materiais e da inexistência de conteúdos e metodologias na formação em enfermagem (Wright & Leahey, 2013). O estudo realizado por Nunes (2016) com o objetivo de identificar a perceção dos enfermeiros de família do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Vouga sobre a sua prática diária na prestação de cuidados domiciliários de enfermagem às famílias de pessoas com feridas e a importância que lhes atribuem, acrescenta como fatores dificultadores, identificados pelos enfermeiros, a limitação de tempo disponível para as famílias devido ao curto intervalo entre as consultas, dificuldades na realização de visitas domiciliárias e a inflexibilidade de horário.

Perante este prisma é fundamental compreender a atitude dos enfermeiros face às famílias, porque se considera ser um elemento influenciador na qualidade dos cuidados prestados e um indicador para avaliar a relação entre os enfermeiros e os elementos da família (Fernandes et al., 2015).

As atitudes dos enfermeiros em relação ao envolvimento da família afetam a sua disposição de interagir e envolver as famílias no cuidado em enfermagem, e o conhecimento das atitudes dos enfermeiros face à família ajuda-nos a compreender de que forma os enfermeiros contextualizam o indivíduo e os seus processos de saúde ou doença, no seio do seu contexto familiar (Frade et al., 2021, p.2).

Oliveira et al. (2011), para analisar esta variável desenvolveu a escala, “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiro” (IFCE-AE) que tem como objetivo avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir a família nos cuidados de enfermagem. Diversos estudos, desenvolvidos em Portugal, têm aplicado este instrumento, e na sua globalidade concluem que os enfermeiros reconhecem a importância de

integrar as famílias no processo de cuidados [(Henriques & Santos, 2019; Lemos, 2019; Araújo et al., 2020; Frade et al., 2021; Silva, 2023)].

Múltiplos estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de analisar a influência do título profissional, do contexto da prática clínica, da idade, do gênero, do estado civil e da experiência profissional nas atitudes dos enfermeiros em relação à família (Fernandes et al., 2015). O estudo de Gaspar (2024) que analisou a atitude dos enfermeiros do ACES Pinhal Litoral e dos alunos a frequentar a licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria e o estudo de Maiorgas (2024, p.87) que investigou “qual a importância atribuída à família como parte integrante nos cuidados de enfermagem” de 110 enfermeiros do ACES Alentejo Central concluíram que existe uma relação estatisticamente significativa entre título profissional e a atitude dos enfermeiros face à inclusão das famílias nos cuidados. Os enfermeiros gestores e os enfermeiros especialistas, comparativamente com os enfermeiros generalistas, atribuíram maior importância à família [(Gaspar, 2024; Maiorgas, 2024)]. Um estudo realizado por Gil (2023), revelou que os enfermeiros que exercem funções nos CSP apresentam uma atitude de suporte em relação à família superior à dos enfermeiros que trabalham nos Cuidados de Saúde Diferenciados, existindo uma relação estatisticamente significativa entre o contexto e as atitudes dos enfermeiros face às famílias ($p < 0,001$). Outros estudos revelaram que, apesar da relação entre a idade, o tempo de serviço e a atitude dos enfermeiros face ao envolvimento da família nos cuidados não ser estatisticamente significativa, os enfermeiros mais velhos e com mais anos de experiência profissional atribuem menor importância à família [(Carvalho, 2023; Maiorgas, 2024)]. Estes dados não corroboram o estudo realizado por Gil (2023) que revela que quanto maior a experiência profissional dos enfermeiros dos CSP maior é o *score* obtido na escala IFCE-AE e o estudo realizado por Frade et al. (2021) que também refere que quanto maior a idade e os anos de experiência profissional, maior a importância atribuída à família.

Assim, o estudo realizado por Frade et al. (2021) com enfermeiros e estudantes de enfermagem sobre a integração das famílias nos cuidados de enfermagem, concluiu que quanto mais formação em saúde familiar, maior a importância atribuída à família. Neste sentido, o estudo realizado por Oliveira et al. (2011) também concluiu que os enfermeiros que trabalham em USF e que têm formação em enfermagem de família apresentam um *score* superior na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”. De acordo com Barbieri-Figueiredo et al. (2012) num estudo com 244 enfermeiros de 14 ACES do Norte, em que aplicou a escala IFCE-AE e a escala da “Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias” (PEEF), concluiu que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam

scores superiores na subescala “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($p < 0,02$) e na subescala “Importância Atribuída à Enfermagem com famílias” (IAEF) ($p < 0,01$) o que evidencia uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis formação em saúde familiar e as atitudes dos enfermeiros face às famílias ($p < 0,04$). Freitas (2011) no seu estudo com 372 enfermeiros a exercer funções nos CSP da Região Autónoma da Madeira, com recurso à escala PEEF, que se subdivide em duas subescalas, uma pretende identificar em que medida os aspetos enumerados são incluídos na prática diária dos enfermeiros e a outra a importância que os enfermeiros atribuem a esses mesmos itens para que haja uma prática de enfermagem com famílias, concluiu que a formação em ESF apresenta uma relação estatisticamente significativa nas duas subescalas da PEEF ($p < 0,021$ e $p < 0,014$), acrescentando que os enfermeiros com maior nível de formação académica e os enfermeiros com formação em ESF atribuem maior importância à enfermagem com famílias e estes últimos também apresentam níveis de prática mais elevados comparativamente aos enfermeiros que não tiveram qualquer formação nesta área. Contudo, outros estudos que similarmente analisaram a relação entre a formação em ESF e as atitudes dos enfermeiros face às famílias, concluíram que não existe uma relação significativa entre estas duas variáveis ($p \geq 0,05$) [(Araújo et al., 2020; Bértolo, 2021; Silva, 2023; Carvalho, 2023; Gaspar, 2024; Maiorgas, 2024)].

É de salientar a atitude dos enfermeiros perante a família e a importância que estes atribuem à família, contudo, a evidência demonstra que muitas vezes não se repercute nas intervenções planeadas e executadas, focando os cuidados no cliente ou em apenas um membro da família, o cuidador informal [(Oliveira et al., 2011; Fernandes et al., 2015)]. Os estudos realizados por Freitas (2011) e Nunes (2016) em que ambos aplicaram a escala PEEF mostraram que a média da importância atribuída à prestação de cuidados à família é superior à média da prática diária dos enfermeiros.

Para o desenvolvimento da ESF, não é suficiente que os enfermeiros demonstrem uma atitude favorável face à inclusão das famílias nos processos de cuidados. A eficácia dos cuidados de enfermagem à família só se evidencia através de ganhos em saúde familiar e esta premissa só se concretiza quando se realiza uma avaliação familiar com aplicação de modelos e instrumentos e se desenvolvem planos de cuidados em colaboração com as famílias (Figueiredo, 2012). Segundo Henriques e Santos (2019) para intervir na família e integrá-la no processo de cuidados é necessário que os enfermeiros detenham conhecimento em saúde familiar e adotem instrumentos que facilitem a compreensão da dinâmica interna das famílias. Todavia, o estudo desenvolvido por estas autoras sobre avaliação familiar e processo de

enfermagem, demonstrou que o conhecimento dos enfermeiros sobre avaliação familiar de acordo com o Modelo *Calgary* de Avaliação Familiar (MCAF) era muito baixo (média=8,8) (Henriques & Santos, 2019).

Perante este paradigma, Hanson (2005, p.180) refere que a avaliação familiar é uma das competências fundamentais de um enfermeiro de família, acrescentando que devem ser “bem versados em modelos atuais e sofisticados de avaliação”. Esclarece que a avaliação familiar é um método em constante evolução que permite, através da recolha de dados do passado e do presente da família, diagnosticar problemas reais ou potenciais e posteriormente planear intervenções (Hanson, 2005). De acordo com os postulados do MDAIF todas as famílias são suscetíveis de avaliação e para esta ser eficaz deve-se incentivar a participação de todos os elementos da família (Figueiredo, 2012).

A realização da avaliação familiar é fundamental para os enfermeiros delimitarem a sua intervenção, mas também é importante para as famílias, porque com a exploração dos diversos temas, refletem sobre os acontecimentos narrados, clarificam o seu significado, esclarecem as suas dúvidas e angústias e permite a identificação dos fatores de *stress* que necessitam da colaboração do enfermeiro, para que em conjunto identifiquem estratégias de *coping* que lhes proporcione equilíbrio (Santos, 2023). A avaliação familiar é um processo complexo devido à unicidade de cada sistema familiar, que exige ao enfermeiro de família uma destreza inigualável para a realizar de forma exímia. Esta avaliação permite a identificação dos recursos e forças da família e das suas reais necessidades e posteriormente proceder a uma intervenção familiar ajustada às necessidades identificadas (Figueiredo, 2023a). Este processo é concluído quando, em colaboração com a família, é possível definir diagnósticos e intervenções que atendam às necessidades identificadas durante o processo de avaliação (Wright & Leahey, 2013). Segundo as mesmas autoras, como se revela um processo desafiador, torna-se facilitador seguir um modelo de avaliação e intervenção familiar e aplicar escalas e instrumentos “que colaboram na compreensão da família e permitem detetar áreas mais sensíveis do sistema familiar que carecem de uma avaliação mais profunda” (Figueiredo, 2023a, p.344).

Os modelos conceituais permitem diferentes perspetivas para a prática de cuidados em ESF e guiam a formação, investigação e gestão dos cuidados, uma vez que fazem a interface entre a teoria e a prática (Figueiredo, 2012). Como estão estruturados de acordo com o processo de enfermagem, oferecem uma estrutura organizada e científica para o planeamento, intervenção e avaliação, permitindo fundamentar a tomada de decisão do enfermeiro sobre a

saúde familiar (Figueiredo, 2023a). Como menciona a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (OE, 2023, pp.1) o EEECESF

desenvolve competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar utilizando a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas.

Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar

São inúmeros os modelos desenvolvidos para avaliar e intervir na família, desde o Modelo de Avaliação e Intervenção da Família de Hanson, ao modelo de Avaliação da Família de Friedman, aos mais atuais e utilizados, o Modelo *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) e o MDAIF (Figueiredo, 2023a).

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

O MCAIF foi desenvolvido pelas enfermeiras Lorraine Wright e Maureen Leahey em 1984, com o intuito de orientar a avaliação familiar. Apresenta uma estrutura multidimensional, com bases conceptuais no pós-modernismo, na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança e biologia da cognição (Wright & Leahey, 2013). Este modelo integra uma visão macro do sistema familiar, propondo três categorias principais: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional, subdividindo-se em subcategorias que permitem uma avaliação micro da família.

A categoria estrutural examina a estrutura da família, ou seja, quais os elementos que a compõem, vínculos afetivos e o seu contexto e as subcategorias relacionadas são a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto. A estrutura interna recolhe informações sobre a composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites e a estrutura externa permite recolher dados sobre a família extensa e os sistemas mais amplos. O contexto é o que circunscreve a família e inclui cinco subcategorias: etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente (Wright & Leahey, 2013).

Na categoria estrutural é útil recorrer aos instrumentos genograma e ecomapa para facilitar a leitura dos dados recolhidos (Wright & Leahey, 2013). O genograma permite

apresentar informação sobre a família de forma gráfica, proporcionando uma rápida visualização e interpretação. Através deste instrumento é possível observar quais os elementos que constituem o agregado familiar, informações como idade, profissão, antecedentes pessoais, assim como as suas relações e identificar quais são os problemas reais e potenciais da família [(Wright & Leahey, 2013; Figueiredo, 2023b)]. Este instrumento deve ser construído segundo uma simbologia própria, em conjunto com a família, de preferência num primeiro contacto, porque facilita o diálogo e o conhecimento da história familiar e comportamentos de saúde (Santos, 2023). O ecomapa facilita a leitura e a compreensão das ligações da família com os sistemas mais amplos, evidenciando o equilíbrio entre as suas necessidades e os seus recursos. Este instrumento permite também, a identificação rápida de pessoas e instituições significativas para o agregado familiar, assim como ligações geradoras de conflito (Figueiredo, 2023c) e evidencia a intensidade das relações através da caracterização dos vínculos estabelecidos (Santos, 2023).

As subcategorias que integram a categoria de desenvolvimento procuram recolher informações sobre o estágio do ciclo vital em que a família se encontra, relacionando-o com as suas tarefas inerentes e com os vínculos observados no seio familiar (Wright & Leahey, 2013). O CVF é uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento que uma família atravessa ao longo do tempo (Silva, Kraus & Figueiredo, 2023). Envolve transições de papéis e expectativas, e considera as mudanças nas relações familiares, nas responsabilidades e na estrutura da família ao vivenciar fases específicas (Wright & Leahey, 2013; Silva, Kraus & Figueiredo, 2023). A cada etapa do CVF correspondem tarefas que as famílias terão de desenvolver, estando relacionadas com as características dos seus membros, com a própria dinâmica interna e grupo social onde a família se insere (Silva, Kraus & Figueiredo, 2023). Ao longo do tempo foram desenvolvidos inúmeros modelos explicativos do CVF, sendo os mais conhecidos o modelo de Duvall e Miller (1985), Carter e McGoldricks (1995) e o modelo desenvolvido pela psicoterapeuta familiar portuguesa Ana Paula Relvas (Relvas, 2000). O MCAIF baseia-se no modelo CVF de Carter e McGoldricks (Wright & Leahey, 2013).

Esclarecer que o conceito de desenvolvimento da família e CVF são distintos. O primeiro descreve o percurso único de cada família, sendo este delineado por transições previsíveis e acidentais e o CVF identifica o percurso comum da maioria das famílias (Martins, 2018).

A categoria funcional subdivide-se em funcionamento instrumental, relacionada com as atividades de vida diária e funcionamento expressivo, que clarifica aspetos sobre a comunicação

emocional, verbal, não-verbal, circular; soluções de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões.

Na aplicação deste modelo o enfermeiro deve apenas avaliar, com as famílias, as categorias e subcategorias que considerar importantes e que necessitem de intervenção, pelo que haverá subcategorias que nunca serão avaliadas numa família (Wright & Leahey, 2013).

O MCAIF em 2021 foi reconhecido pelo *Internacional Council of Nurses*, como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar do mundo (Schober e Affara, 2001) e é, desde março de 2023, o referencial teórico adotado pela OE para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica, porque permite um olhar sistémico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (OE, 2023).

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

O MDAIF surge em 2010 pela enfermeira Maria Henriqueta Figueiredo, emergindo da necessidade de aprofundar e desenvolver o conhecimento no âmbito da ESF, dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nesta área e ao mesmo tempo aumentar a sua qualidade. Este modelo pretende ser um referencial de apoio na tomada de decisão clínica dos enfermeiros de família e facilitar a avaliação e a intervenção familiar, tendo como foco a família como unidade de cuidados (Figueiredo, 2023d).

O seu desenvolvimento foi sustentado pelo pensamento sistémico e fonte teórica o MCAIF. Está estruturado em três dimensões avaliativas: estrutural, desenvolvimento e funcional que depois se subdividem em definições, que por sua vez se dividem em dimensões operativas (Figueiredo, 2023d).

A dimensão estrutural permite avaliar a estrutura familiar, os elementos que a compõem, os vínculos existentes entre eles e entre os sistemas mais amplos, assim como a família alargada e outros aspetos específicos do contexto ambiental (Figueiredo, 2012). Esta dimensão integra como definições a composição da família, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social (rendimento familiar), edifício residencial (precauções de segurança), sistemas de abastecimento (abastecimento de água) e ambiente biológico (animal doméstico) (Figueiredo, 2012). Para determinar a classe social da família e avaliar as suas condições socioeconómicas é comum utilizar a Escala de *Graffar*. A identificação da classe social permite conhecer os recursos e os fatores de *stress* familiares que estejam interligados a aspetos económicos, profissionais e habitacionais (Figueiredo, Rego & Vitor, 2023).

A avaliação da dimensão desenvolvimento permite compreender os fenômenos associados ao crescimento da família tanto ao nível processual como contextual (Figueiredo, 2012). Nesta dimensão estão englobadas as definições: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental e suas respectivas dimensões operativas. Serão apenas avaliadas as áreas de atenção relevantes, levando em consideração as características estruturais e funcionais da família, bem como a etapa do CFV em que se encontra. É relevante, antes de iniciar a avaliação desta dimensão, identificar a etapa do CFV, porque permite antecipar transições e capacitar a família para realizar as tarefas correspondentes à sua fase de desenvolvimento (Figueiredo, 2012).

A dimensão funcional permite conhecer os padrões de interação familiar que promovem a concretização das funções e tarefas familiares, integrando duas dimensões essenciais do funcionamento da família, a instrumental que visa as atividades quotidianas e a expressiva que engloba as interações entre os seus membros (Figueiredo, 2012). As definições que englobam esta dimensão são o papel de prestador de cuidados e o processo familiar que estão subdivididos em dimensões operativas. No papel de prestador de cuidados é necessário avaliar como dimensão operativa, o conhecimento para desempenhar o papel de cuidador, comportamento de adesão, consenso, conflito e saturação do papel e do processo familiar, a comunicação (emocional, verbal e não verbal e circular), o *coping* familiar, a interação de papéis familiares, a relação dinâmica e as crenças familiares sobre saúde, religião, espiritualidade, valores, cultura e intervenção dos profissionais de saúde (Figueiredo, 2012).

Para complementar a avaliação da dimensão funcional, é recomendável preencher a Escala de FACES II e a escala de APGAR familiar de *Smilkstein* (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012). A escala FACES II permite avaliar a relação dinâmica da família e compreender como os próprios elementos percebem a coesão e adaptabilidade familiar (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023a). A escala de APGAR Familiar de *Smilkstein* explora a funcionalidade familiar, com os seus membros a avaliar o seu grau de satisfação referente a funções básicas da família (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023b).

O MDAIF diferencia-se dos outros modelos por apresentar uma matriz operativa que se encontra interligada às etapas do processo de enfermagem. A sua operacionalização facilita o processo de avaliação familiar, permitindo ao enfermeiro identificar, consoante as áreas de atenção familiar, as necessidades, forças e recursos das famílias e definir intervenções de enfermagem que suprimam as necessidades identificadas, com o objetivo de obter ganhos em saúde familiar (Figueiredo, 2023d). Finalizado o seu estudo, Nunes (2016) refere que a

utilização do MDAIF em contexto prático favorece os cuidados às famílias, evidenciando ganhos em saúde familiar e revela-se benéfico para os enfermeiros avaliarem e intervirem com as famílias, reforçando a sua relevância nos contextos clínicos em que os cuidados às famílias são significativos.

Com vista à continuidade dos cuidados às famílias, é imprescindível que após uma avaliação familiar os enfermeiros registem no processo familiar os dados que recolheram e que fundamentaram a sua intervenção (Costa, 2014; Ribeiro, 2019).

2.1.2. Registos no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

É indiscutível a importância dos registos como parte integrante do processo de cuidados em enfermagem e a sua realização deve ser indissociável da prática clínica de todos os enfermeiros, independentemente do local onde a desenvolvem (Martins et al., 2008). “A OMS refere que “cuidar não dispensa a escrita” o que significa que os registos dos cuidados de enfermagem devem existir como uma realidade diária do trabalho do enfermeiro” (Martins et al., 2008, p.54).

Entende-se por registos de enfermagem um conjunto de dados gerados pelo enfermeiro no decurso da sua prática clínica, desde os diagnósticos às informações sobre as necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), assim como informação proveniente do processo de tomada de decisão de outros profissionais, realizadas pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) (OE, 2015). Engloba também todas as informações adicionais que garantem a continuidade dos cuidados (OE, 2015).

Os registos em ESF traduzem os cuidados prestados à família e permitem a sua continuidade, diminuindo os custos associados e demonstrando os resultados das intervenções realizadas, possibilitando uma avaliação contínua dos ganhos em saúde familiar (Ribeiro, 2019). Na mesma linha de pensamento, Costa (2014) refere que os registos de enfermagem são dados preciosos que documentam os processos de tomada de decisão e justificam a necessidade daquela intervenção. São uma fonte de comunicação entre a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, tornando-se essencial que os enfermeiros documentem a sua prática de forma precisa e completa em todas as etapas do processo de enfermagem, revelando-se um instrumento de auditoria para avaliar e validar os cuidados de enfermagem (Martins et al., 2008). O mesmo autor reforça que a informação criada pelos registos é uma fonte valiosa que

dá visibilidade ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, fornecendo-lhe autonomia, responsabilidade e valorização profissional. Pinto et al., (2020) concluiu que os registos de enfermagem concedem informações sobre a qualidade dos cuidados prestados e custos resultantes, permitem fazer provisão e adequação dos materiais utilizados e conferir a correta utilização/cobrança dos recursos técnicos, que são partes integrantes do processo de avaliação das instituições de saúde.

Quando se verifica falta ou falha nos registos, acarreta riscos para a segurança da família e diminuição da qualidade dos cuidados prestados com ausência ou duplicação de procedimentos e impossibilidade de avaliar os ganhos em saúde familiar (Ribeiro, 2019), reiterando a afirmação que um cuidado não registado é um cuidado não realizado (Martins et al., 2008).

Costa (2014) menciona que as barreiras mais enumeradas na elaboração dos registos são a falta de uniformização dos mesmos e sistemas de informação complexos. Atualmente os sistemas de informação oferecem melhor organização, acessibilidade e confidencialidade dos dados e permitem registar os cuidados de enfermagem de forma sistematizada e uniforme (Portugal, MS, SNS, s.d.). O SClínico CSP é o sistema de informação utilizado por 13 000 profissionais e mais de 300 instituições, que visa uniformizar os procedimentos de registos clínicos e garantir a padronização da informação, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, melhorando o seu desempenho nas equipas multidisciplinares e possibilitando a prestação de melhores cuidados de saúde (Portugal, MS, SNS, s.d.).

No âmbito da saúde familiar o SClínico CSP no processo familiar, possibilita uma caracterização socioeconómica da família, identificar o tipo de família, etapa do CVF segundo *Duvall*, rendimentos e apoio social. Solicita dados para avaliação do edifício residencial, aspetos relevantes de saúde, atividades de estilo de vida e prestador de cuidados. Integra como instrumentos de avaliação familiar, a escala de *Graffar*, Risco Familiar de *Garcia-Gonzalez* e Risco Familiar de *Segovia Dreyer*. Através do programa saúde da família permite a formulação de diagnósticos de ESF, nomeadamente, satisfação conjugal, adaptação à gravidez, papel parental, papel de prestador de cuidados e processo familiar, sugerindo intervenções (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, 2023).

Como limitações, impossibilita a documentação do genograma e do ecomapa o que implica uma documentação paralela, exigindo mais tempo e duplicação de registos. O estudo desenvolvido por Nunes (2016) refere que os enfermeiros consideram o SClínico CSP desadequado e que não permite através dos seus registos, evidenciar os cuidados realizados às

famílias e Sá (2021) refere que o SClínico CSP encontra-se desatualizado relativamente à recente evidência científica sobre o MDAIF

além da parca parametrização, falta de introdução de instrumentos de avaliação e baixa sensibilidade de leitura aos ganhos em saúde proporcionados pelas intervenções de enfermagem, o sistema em uso não traduz o registo no processo familiar em registos efetivos no processo individual do utente, exigindo do profissional um desgaste e dispêndio de tempo, que posteriormente não se vai traduzir em qualquer ganho (Sá, 2021, p.65).

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (2023, pp.1), cita que “os registos em ESF carecem ainda de um forte investimento, quer ao nível dos conhecimentos dos profissionais, quer ao nível da acessibilidade do sistema de informação em vigor”. O estudo desenvolvido por Sá (2021, p.61) em que um dos seus objetivos era “analisar e comparar os dados dos registos clínicos dos utentes relativos aos cuidados de enfermagem antes e depois da implementação do MDAIF”, concluiu que os registos na área da saúde familiar eram dispersos e pouco organizados, revelando desconhecimento sobre este modelo. Antes da administração da formação sobre MDAIF, só 1% dos enfermeiros realizavam registos no processo da família e 39% associavam o programa de saúde familiar. Relativamente às três dimensões do modelo, na dimensão estrutural, 10% realizavam a avaliação do tipo de família, identificavam a etapa do CFV e preenchiam a escala de *Graffar*. Na dimensão de desenvolvimento, 46% dos profissionais registavam adaptação da gravidez e 66% o papel parental e na dimensão funcional, 28,5% registavam o papel do prestador de cuidados e 6% sobre o processo familiar (Sá, 2021). Concluiu também que os enfermeiros que apresentavam formação em ESF realizavam registos em maior número e com melhor qualidade do que os restantes colegas (Sá, 2021).

Atualmente os registos são um requisito imprescindível em qualquer unidade de saúde, para os processos de auditoria e avaliação da qualidade dos cuidados e das instituições de saúde (Henriques, 2023). Uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de saúde prestados levou ao desenvolvimento de métodos que permitam a sua avaliação e monitorização (Henriques, 2023). Diversas investigações apontam que os sistemas de saúde que alcançam melhores resultados financeiros e clínicos centram-se de forma mais proeminente nos CSP, o que contribui para a sustentabilidade global do sistema de saúde. Estes resultados estão dependentes da prestação de cuidados de saúde de excelência, o que aumenta a necessidade de avaliar este setor através de indicadores (Ramalho et al., 2019).

Os indicadores são ferramentas essenciais na área da saúde para monitorizar, avaliar e aprimorar os serviços prestados às famílias (Ramalho et al., 2019). Permitem medir o

desempenho de processos, resultados e a satisfação dos seus utilizadores, possibilitando uma visão objetiva sobre a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados (Ramalho et al., 2019). Com base nesses dados, é possível identificar áreas que precisam de melhoria e estabelecer planos de ação para alcançar melhores resultados e, assim, orientar o caminho para a excelência dos cuidados prestados (Henriques, 2023). Os indicadores dos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado de saúde das populações, destacando o contributo único do trabalho dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (OE, 2007).

Dada a importância de avaliar a qualidade dos cuidados prestados por meio de indicadores, a documentação e o registo de enfermagem tornam-se ferramentas fundamentais, permitindo o acompanhamento e avaliação do trabalho realizado por estes profissionais de saúde (Pinto et al., 2020). A OE (2007) destaca que os indicadores em enfermagem devem ser sustentados pela documentação diária, regular e sistemática dos cuidados prestados, nos sistemas de informação em enfermagem e que a existência de indicadores bem definidos, contribui para o aumento da qualidade dos registos de enfermagem.

Atualmente, a avaliação das UCSP e USF é realizada por meio de métricas e indicadores, refletindo-se no cálculo do IDE que considera os resultados alcançados em cada indicador. Por sua vez, cada indicador é mensurável através dos registos dos profissionais, existindo diversos indicadores especificamente atribuídos à equipa de enfermagem (Portugal, MS, SNS, Direção Executiva do SNS [DESNS], 2023).

Na lista dos indicadores de matriz de desempenho global dos CSP – UCSP e USF, modelo B para o ano de 2024, não consta nenhum indicador direcionado para a saúde familiar (Portugal, MS, SNS, DESNS, 2023), pelo que a OE (2007) lança o desafio, para que os enfermeiros definam os indicadores para os seus contextos, de modo a trazer visibilidade aos cuidados de enfermagem e compreender a sua influência na saúde das populações. Neste prisma é fundamental estabelecer indicadores robustos para a ESF, não apenas para validar o trabalho realizado pelos enfermeiros junto das famílias, mas também monitorizar os ganhos em saúde familiar.

Conclui-se que os registos dos cuidados de enfermagem no processo familiar são de extrema importância para as famílias, profissionais de saúde, profissão e instituições de saúde, porque deles depende o êxito da ESF (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, 2023).

2.2. Metodologia

2.2.1. Justificação do tema

A realização do estudo de investigação denominado “Da avaliação familiar aos registos de enfermagem: a realidade de uma Unidade Local de Saúde” deriva da inquietação crescente ao longo do mestrado e no decorrer do estágio da carência do envolvimento da família no processo de cuidados, alimentada pela escassez de avaliações familiares e respetivos registos, acrescentando o desconhecimento da maioria dos enfermeiros de família sobre esta temática e a possibilidade de realizar registos de ESF no processo familiar, presente no SClínico CSP. A inexistência de indicadores e parametrização de registos de ESF na ULS onde decorreu o estágio reforçou notoriamente esta inquietação.

Este tema destaca-se pela sua pertinência e atualidade, oferecendo um contributo significativo para a UCSP Gouveia e para a ULS da Guarda, ao promover a avaliação familiar e a uniformização dos registos. Para a ESF, valoriza e expande esta área de intervenção, fortalecendo o papel dos enfermeiros de família nos cuidados prestados às famílias e aos seus membros e na promoção de uma abordagem mais integrativa e eficiente.

Assim, delinearam-se os seguintes objetivos de investigação:

- Avaliar as atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias;
- Conhecer a perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias dos enfermeiros de família da ULS da Guarda e a importância que atribuem a essa mesma prática;
- Comparar a perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias dos enfermeiros de família da ULS Guarda com a importância atribuída;
- Identificar fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes dos enfermeiros de família face às famílias; à perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias e à importância que lhe atribuem;
- Analisar a relação entre as atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias com as suas práticas diárias na prestação de cuidados às famílias e importância atribuída;
- Identificar a prevalência de registos no âmbito da ESF no SClínico da referida amostra;

Face aos objetivos foram enunciadas as seguintes questões de investigação:

- Quais as atitudes dos enfermeiros de família, da ULS da Guarda, face às famílias?
- Qual a perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias e a importância que atribuem a essa mesma prática?
- Qual a relação entre a prática diária na prestação de cuidados às famílias destes enfermeiros e a importância que atribuem a essa mesma prática?
- Quais os fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes dos enfermeiros, face às famílias; à perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias e à importância que lhe atribuem?
- Qual é a relação entre as atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias, as suas práticas diárias na prestação de cuidados às famílias e a importância que atribuem à ESF?
- Qual a prevalência de registos no âmbito da ESF no SClínico na referida amostra?

Este estudo integra o projeto de investigação intitulado “A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários”. Este projeto também contempla o estudo de investigação “A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Perceção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde”.

2.2.2. Tipo de estudo

Mediante os objetivos e questões de investigação delineadas, realizou-se um estudo de investigação transversal analítico (Coutinho, 2013).

No esquema de investigação apresentado na figura 3, espelham-se as variáveis dependentes e independentes e as associações que se pretendeu analisar.

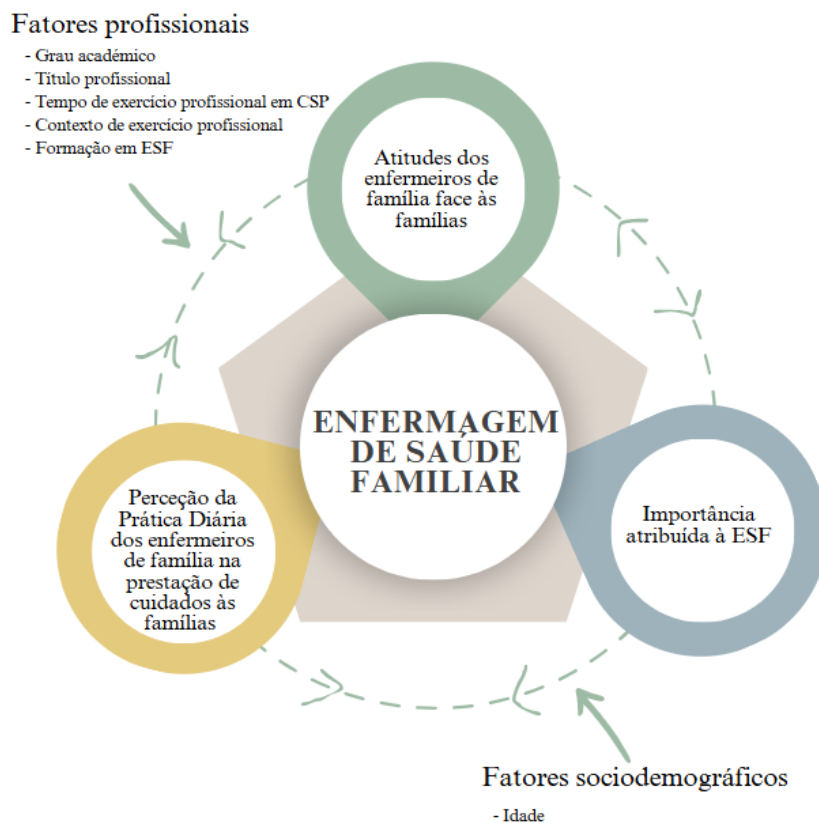


Figura 3. Esquema de investigação do estudo

2.2.3. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados realizou-se através de um questionário de autopreenchimento, desenvolvido na plataforma *EUSurvey*[®].

Este questionário era composto por três partes (apêndice X). A primeira parte referia-se à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, contendo questões sobre o género, a idade, o grau académico, o título profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional em CSP, o contexto da prática clínica (USF A, USF B e UCSP), o desempenho de funções de enfermeiro de família e a formação em ESF.

A segunda parte integrava a escala IFCE-AE. Esta escala permite avaliar as atitudes dos enfermeiros face à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem e foi adaptada e validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011), a partir da escala *Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*, desenvolvida na Suécia em 2003 (Oliveira et al., 2011). A versão original da escala é de autopreenchimento, composta por 26

itens que permitem medir quatro dimensões: Família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 *itens*); Família como um parceiro dialogante (8 *itens*); Família como um fardo (4 *itens*) e Família como próprio recurso (4 *itens*). A versão portuguesa, à semelhança da versão original, também é de autopreenchimento, composta por 26 *itens*, mas apresenta diferenças na sua composição, considerando apenas três dimensões: Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* (12 *itens*: 4,6,9,12,14,15,16,17,18,19,24 e 25); Família: recurso nos cuidados de enfermagem (10 *itens*: 1,3,5,7,10,11,13,20,21 e 22) e Família: fardo (4 *itens*: 2,8,23 e 26) (Oliveira et al., 2011). Para cada *item* apresenta uma escala de concordância de estrutura, do tipo *Likert* com quatro opções de resposta, que varia de discordo completamente (1) a concordo completamente (4). O seu *score* final pode variar entre 26 e 104, sendo que, quanto maior for a pontuação alcançada nas duas primeiras dimensões e menor na última dimensão “Família: fardo” maior valor concedem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja “mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte” (Oliveira et al., 2011, p.1333). A avaliação da consistência interna foi calculada através do coeficiente alfa (α) de *Cronbach* e para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” obteve um α de *Cronbach* de 0,90, na dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” de 0,84 e na dimensão “Família: fardo” de 0,49 e o α de *Cronbach* total da escala foi 0,87 (Oliveira et al., 2011).

Na terceira parte apresentava-se a escala “Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias” (PEEF) validada para a população portuguesa por Freitas (2006). Esta escala resultou da inexistência de um instrumento que permitisse avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a enfermagem com famílias (Freitas, 2011). É composta por 48 *itens* relacionados com elementos essenciais para a avaliação e intervenção familiar. Para cada *item*, observam-se duas subescalas, uma referente à “Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias” (PPEF) que pretende identificar, através de uma escala tipo *Likert*, com quatro categorias de intensidade (nunca, algumas vezes, muitas vezes e sempre), com que frequência estes elementos são incluídos na prática diária dos enfermeiros, e a outra subescala “Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias” (IAEF), avalia a importância que os enfermeiros atribuem a cada *item* para a prática de ESF, também com quatro categorias de intensidade (nada importante, pouco importante, importante e muito importante) (Freitas, 2011). Freitas (2011) para verificar a confiabilidade da escala, determinou a consistência interna das duas subescalas, apresentando a PPEF um α de *Cronbach* de 0,96 e a IAEF de 0,98, o que significa muito boa consistência interna.

A terceira parte do questionário também era constituída por questões que identificavam a realização de registos sobre a família, se os enfermeiros identificavam o tipo de família e se consideravam o sistema de informação SClínico CSP facilitador nos registos sobre a família. Caso a resposta a estas questões fosse negativa, os participantes deveriam seleccionar os motivos que o justificassem. Também integrava uma questão sobre a importância de um guia orientador ou protocolo para a avaliação familiar e registos e a importância de incorporar nos CSP uma consulta de ESF.

2.2.4. População e amostra

Estabeleceu-se como população do estudo, todos os enfermeiros a exercer funções de enfermeiro de família nas USF e UCSP da ULS da Guarda, que à data da colheita de dados perfaziam um total de 96. Este dado foi obtido através de contactos informais com os enfermeiros responsáveis de cada UF.

Definiu-se como critério de inclusão, o exercício de funções de enfermeiro de família nas UF: UCSP Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso, Vila Nova de Foz Côa e USF Ribeirinha, Carolina Beatriz Ângelo e Mimar Mêda, pertencentes à ULS da Guarda. Como critério de exclusão, o exercício de funções fora da ULS da Guarda e dos CSP e o facto de não desempenharem a função de enfermeiro de família.

A hiperligação do questionário foi enviada aos 96 enfermeiros a exercer funções nos CSP como enfermeiros de família. No total, foram recebidos 64 questionários, o que resultou numa taxa de resposta de aproximadamente 66,7%. Deste modo, a amostra de natureza não probabilística por conveniência, ficou constituída por 64 enfermeiros a exercer funções em Unidades de Cuidados de Saúde Primários, sendo a maioria do género feminino (n=62; 96,9%) com idades compreendidas entre os 30 e os 63 anos ($49,03 \pm 8,515$ anos).

2.2.5. Procedimentos éticos e formais

Tendo em consideração as questões de natureza ética na elaboração de estudos de investigação, foram realizados diversos procedimentos para garantir a observância dos princípios da não maleficência, autonomia, beneficência e justiça e a minimização dos danos (Portugal, Lei n° 58/2019). O primeiro procedimento consistiu na solicitação de anuência dos respetivos autores para a aplicação da escala IFCE-AE e da escala PEEF (anexo IV). Após a

sua autorização procedeu-se à elaboração do questionário. Quando finalizado, solicitou-se a cinco enfermeiros a sua análise crítica, e decorrente das sugestões apresentadas, foram realizadas alterações no domínio linguístico. Posteriormente, foi pedida autorização à Coordenadora dos CSP para aplicação do projeto de investigação “A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários” nas USF e UCSP da ULS da Guarda e seguidamente submetido à apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, que emitiu parecer favorável no dia 13 de dezembro (anexo V).

Após este procedimento, foram contactados todos os enfermeiros coordenadores pelas USF e UCSP da ULS da Guarda, tendo-lhes sido explicado o estudo de investigação e disponibilizado o questionário através de uma hiperligação enviada para o seu correio eletrónico institucional. Estes, por sua vez, disponibilizaram-no aos enfermeiros de família das suas unidades. O questionário esteve disponível para o seu preenchimento entre o dia 19 de dezembro e o dia 10 de janeiro. No início do preenchimento do questionário era solicitado aos participantes o consentimento informado, através de um texto introdutório que descrevia o estudo, a sua finalidade e os objetivos e destacava o seu carácter anónimo, individual, confidencial e voluntário. Só após a sua validação é que os participantes tinham acesso ao questionário. Os dados recolhidos no questionário foram apenas tratados pela equipa de investigação e destruídos após a sua análise.

2.2.6. Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico dos dados desenvolveu-se com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS) versão 28. Para descrever as características da amostra recorreu-se à estatística descritiva, utilizando distribuição de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão, essencialmente percentagens, frequências, valores mínimos e máximos, médias e desvios padrão. Com o intuito de analisar a correlação entre as variáveis, utilizou-se a estatística inferencial. Por ausência de normalidade e homogeneidade da amostra e devido ao seu tamanho amostral, optou-se pelos testes não paramétricos para garantir a robustez do estudo. Os testes mais utilizados foram o *rô de Spearman* (r) e o teste de *Mann-Whitney*, com os respetivos intervalos de confiança a 95% e/ou nível de significância $\rho \leq 0,05$.

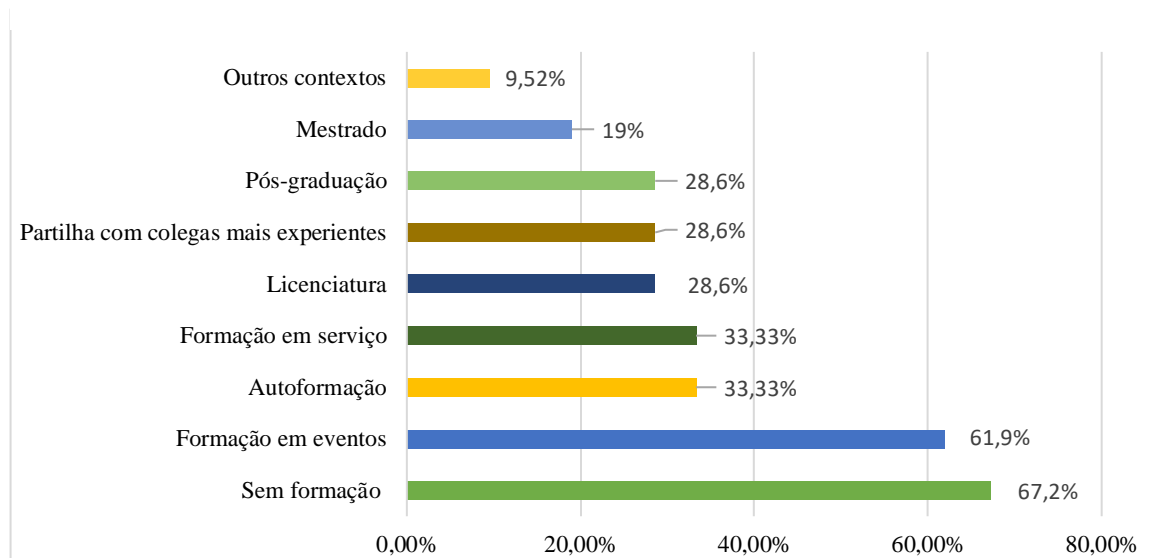
2.3. Resultados

2.3.1. Caracterização profissional da amostra

Pela análise dos dados referentes à caracterização profissional da amostra, podemos concluir que a maioria dos enfermeiros (76,6%; n=49) possui licenciatura em enfermagem e 23,4% (n=15) são mestres. Destes, 60% (n=9) têm mestrado em Enfermagem Comunitária, 13,3% (n=2) em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 13,3% (n=2) em Enfermagem de Reabilitação, 6,7% (n=1) em Cuidados Continuados e 6,7% (n=1) em Educação para a Saúde. No que concerne ao título profissional, 31,3% (n=20) dos participantes detêm o título de enfermeiros especialistas. Dos enfermeiros especialistas, 55% (n=11) são especialistas em Enfermagem Comunitária, 20% (n=4) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 15% (n=3) Enfermagem de Reabilitação, 5% (n=1) Enfermagem Médico-Cirúrgica e 5% (n=1) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Em média os profissionais apresentam $25,03 \pm 8,547$ anos de exercício profissional e $20,83 \pm 10,318$ anos de experiência profissional em CSP. Dos 64 enfermeiros de família que constituem a amostra, 84,4% (n=54) desempenham funções em UCSP e 15,6% (n=10) em USF.

Relativamente à formação em ESF como se pode observar pelo gráfico 1, 67,2% (n=43) dos participantes indicaram não ter formação nesta área, enquanto 32,8% (n=21) afirmam ter formação. Dos profissionais que apresentam formação em ESF, 61,9% (n=13) refere que adquiriu formação em congressos, jornadas, *workshops* e cursos, 33,3% (n=7) através de autoformação, 33,3% (n=7) em contexto de formação em serviço, 28,6% (n=6) na licenciatura, 28,6% (n=6) na partilha com colegas mais experientes, 28,6% (n=6) em pós-graduação, 19% (n=4) em mestrado e 9,5% (n=2) em outros contextos, nomeadamente em cursos de especialização.

Gráfico 1. Aquisição de Formação em ESF

2.3.2. Caracterização das atitudes dos enfermeiros face às famílias

Para melhor caracterização das atitudes dos enfermeiros, a amostra foi distribuída pelas três dimensões da escala, conforme apresentado na tabela 1. A análise da tabela 1 revela que o *score* total da escala, considerando a totalidade da amostra, apresenta uma média de $81 \pm 6,522$ pontos, com valor mínimo de 68 e máximo de 95 pontos, para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” obteve-se uma média de $39,73 \pm 3,738$ pontos e um valor mínimo de 32 e máximo de 48 pontos. Para a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” observou-se uma média de $33,95 \pm 3,184$ pontos com um valor mínimo de 26 e máximo de 40 pontos e para a dimensão “Família: fardo” média de $7,31 \pm 2,145$ pontos, valor mínimo 4 e máximo de 12 pontos. Também se verifica que para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” obteve-se um α de Cronbach de 0,84, para a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” de 0,76, para a dimensão “Família: fardo” de 0,63 e para o total da escala 0,82 de α de Cronbach.

Tabela 1. Atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias

Dimensões da Escala	Escala IFCE-AE			
	$\bar{x} \pm DP$	Valor mínimo	Valor máximo	α de Cronbach
Família: parceiro dialogante e recurso de <i> coping</i>	$39,73 \pm 3,738$	32	48	0,841
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	$33,95 \pm 3,184$	26	40	0,760
Família: fardo	$7,31 \pm 2,145$	4	12	0,626
Total da IFCE-AE	$81 \pm 6,522$	68	95	0,824

2.3.3. Variáveis sociodemográficas e profissionais e as atitudes dos enfermeiros face às famílias

Ao analisar a relação entre a idade, o tempo de exercício profissional em CSP e as atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias (tabela 2), constata-se que a associação entre a idade, o tempo de serviço e a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” são inversas e estatisticamente significativas ($p < 0,05$), o que significa que, com o aumento da idade e da experiência profissional em CSP, menos os enfermeiros percebem as famílias como parceiras dialogantes e recurso de *coping*.

Relativamente ao grau académico, observa-se na tabela 2 que os enfermeiros com grau de mestre apresentam ordenações médias (OM) superiores nas duas primeiras dimensões e inferior na última dimensão da escala IFCE-AE. A relação entre o grau académico e as atitudes dos enfermeiros face às famílias é estatisticamente significativa para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($p = 0,036$), o que significa que há medida que o grau académico aumenta, os enfermeiros apresentam atitudes mais favoráveis em relação à família considerando-a parceira dialogante e recurso de *coping*. Quanto ao título profissional, os enfermeiros especialistas apresentam OM superiores nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e inferior na dimensão “Família: fardo”, contudo esta correlação não é estatisticamente significativa para todas as dimensões da escala ($p > 0,05$).

No que concerne ao contexto do exercício profissional, os enfermeiros de família que exercem funções nas USF apresentam OM maior na dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, mas esta relação não é estatisticamente significativa para todas as dimensões da escala ($p > 0,05$). Assim como, os enfermeiros que têm formação em ESF atribuem maior importância à família do que os que não têm formação nesta área, ao apresentarem OM significativamente superiores nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e inferior na dimensão “Família: fardo”, mas sem diferenças significativas.

Tabela 2. Correlação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais associadas com a escala IFCE-AE

	Dimensões da Escala IFCE-AE												
	n	“Família: parceiro dialogante e recurso de coping”			“Família: recurso nos cuidados de enfermagem”			“Família: fardo”			Total da IFCE-AE		
		OM	ρ	teste	OM	ρ	teste	OM	ρ	teste	OM	ρ	teste
Idade	64	-	0,045	-0,252*	-	0,064	-0,233*	-	0,156	0,179*	-	0,106	-0,204*
Tempo de exercício em CSP	64	-	0,043	-0,254*	-	0,067	-0,230*	-	0,511	0,084*	-	0,064	-0,233*
Grau acadêmico													
Licenciatura	49	29,82			30,67			32,95			30,58		
Mestrado	15	41,27	0,036	-2,098**	38,47	0,154	-1,426**	31,03	0,723	-0,355**	38,77	0,135	-1,493**
Título profissional													
Enfermeiro	44	29,67			30,89			33,67			31,00		
Enfermeiro especialista	20	38,73	0,069	-1,815**	36,05	0,301	-1,033**	29,93	0,448	-0,759**	35,80	0,338	-0,958**
Contexto do exercício profissional													
USF-B	10	31,70			36,95			33,40			34,65		
UCSP	54	32,65	0,882	-0,149**	31,68	0,408	-0,827**	32,33	0,866	-0,168**	32,10	0,690	-0,399**
Formação em ESF													
Sim	21	35,83			37,67			28,00			35,57		
Não	43	30,87	0,314	-1,008**	29,98	0,119	-1,559**	34,70	0,169	-1,374**	31,00	0,355	-0,925**

Legenda: *Teste *rô de Spearman* ** Teste de *Mann-Whitney*

2.3.4. Percepção dos enfermeiros quanto à prática de cuidados às famílias e a importância atribuída a essa prática

A análise das frequências e das médias obtidas para cada *item* da subescala PPEF (apêndice XI), indica que os enfermeiros participantes no estudo percebem as intervenções construção do genograma familiar ($\bar{x}=1,47$) e a construção do ecomapa familiar ($\bar{x}=1,42$) como tendo menor aplicabilidade na sua prática diária, às quais atribuíram maior percentagem à enumeração “nunca”. Quanto à subescala IAEF (apêndice XI) algumas das intervenções com as médias mais baixas são coincidentes com as encontradas na subescala PPEF, nomeadamente a construção do ecomapa familiar ($\bar{x}=3,20$), a construção do genograma ($\bar{x}=3,23$), seguindo-se a identificação dos limites que existem entre os subsistemas familiares ($\bar{x}=3,27$) e a identificação dos subsistemas que compõem a família ($\bar{x}=3,28$), ao atribuírem maior percentagem à enumeração “importante”.

Identificam-se a calendarização das consultas de enfermagem em conjunto com a família ($\bar{x}=3,16$) e a colaboração no acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família ($\bar{x}=3,06$), como as intervenções que os enfermeiros do estudo percebem com maior aplicabilidade na sua prática diária com as famílias, ao realizarem “muitas vezes” estas intervenções. São também a estas duas intervenções que os enfermeiros atribuem maior importância para a sua prática diária com $\bar{x}=3,63$ e $\bar{x}=3,58$ respetivamente, somando-se o apoio à família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados ($\bar{x}=3,61$). A maioria dos enfermeiros referiram que estas intervenções são “muito importantes” para uma prática de enfermagem com as famílias.

Na subescala PPEF, a categoria com maior representatividade nos 48 *itens* é “algumas vezes” (81,3%) e na subescala IAEF é “importante” (66,7%).

Os valores exequíveis de serem observados nas duas subescalas variam entre 48 e 192, e como se pode observar na tabela 3, na subescala PPEF, o valor mínimo registado foi 69 e o máximo 169, enquanto na subescala IAEF os valores variaram entre 129 e 192. Relativamente às médias obtidas, na subescala PPEF observou-se uma média de $117,55 \pm 22,993$ e na subescala IAEF uma média mais elevada, de $165,33 \pm 19,743$. Também se verifica que para a subescala PPEF obteve-se um α de Cronbach de 0,97 e para a subescala IAEF de 0,98.

Tabela 3. Características métricas das subescalas PPEF e IAEF

	Escala PEEF				
	$\bar{x}\pm DP$	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	α de Cronbach
PPEF	117,55±22,993	120,00	69	169	0,971
IAEF	165,33±19,743	164,50	129	192	0,983

Legenda: PPEF – Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias; IAEF – Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias

Ao analisar a tabela 4 pode-se constatar que a correlação entre as subescalas PPEF e IAEF é positiva ($r=0,249$) e com diferença significativa *bordeline* ($\rho<0,05$), o que indica que quanto maior for a percepção da prática diária na prestação de cuidados às famílias, maior é a importância atribuída à ESF.

Tabela 4. Correlação entre as subescalas PPEF e IAEF

	Escala PEEF	
	r^*	ρ
PPEF e IAEF	0,249	0,047

Legenda: *Teste *rô de Spearman*

No que respeita à variável idade, observa-se na tabela 5, uma relação estatisticamente significativa ($\rho=0,038$) e inversa ($r=-0,260$) para a subescala IAEF, o que significa que, à medida que a idade aumenta os enfermeiros atribuem menor importância às intervenções identificadas para uma prática efetiva de ESF.

A relação entre o tempo de exercício profissional em CSP e a percepção da prática diária na prestação de cuidados às famílias e a importância que os enfermeiros lhe atribuem, não é estatisticamente significativa (PPEF $\rho=0,250$; IAEF $\rho=0,120$), mas apresenta uma relação inversa para a subescala IAEF ($r=-0,196$).

Para o grau académico, observa-se que a OM das duas subescalas é maior nos enfermeiros detentores do grau de mestre, o que expressa que os enfermeiros mestres integram com mais frequência as intervenções de ESF na sua prática diária e lhes conferem uma importância superior, do que os enfermeiros licenciados. Contudo, a relação entre o grau académico e as duas subescalas não é estatisticamente significativa ($\rho>0,05$).

Os enfermeiros especialistas apresentam OM consideravelmente superiores para as duas subescalas, mas esta correlação só é estatisticamente significativa para a subescala PPEF

($\rho=0,011$), o que revela que quanto maior o título profissional, maior é a aplicabilidade das intervenções de ESF na prática diária do enfermeiro.

Relativamente ao contexto de exercício profissional, os enfermeiros que desempenham funções em USF apresentam OM superiores em ambas as subescalas, o que demonstra que os estes profissionais integram com mais frequência intervenções de ESF na sua prática diária e lhes conferem maior importância. Contudo esta correlação só tem relação estatística *borderline* para a subescala PPEF ($\rho=0,05$), o que significa que o contexto de exercício profissional influencia a aplicabilidade de intervenções de ESF na prática diária dos enfermeiros.

Os enfermeiros com e sem formação em ESF apresentam OM semelhantes na subescala PPEF e ligeiramente superiores na subescala IAEF. A correlação entre estas variáveis não se revelou estatisticamente significativa ($\rho>0,05$), sugerindo que a formação em ESF não é um fator determinante na prática diária, nem na importância atribuída à enfermagem com famílias.

Tabela 5. Fatores sociodemográficos e profissionais associados à Perceção da Prática da Enfermagem com Famílias e da Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias

	n	Escala PEEF					
		PPEF			IAEF		
		OM	ρ	teste	OM	ρ	Teste
Idade	64	-	0,842	0,025*	-	0,038	-0,260*
Tempo de exercício em CSP	64	-	0,250	0,146*	-	0,120	-0,196*
Grau académico							
Licenciatura	49	30,97			31,22		
Mestrado	15	37,50	0,234	-1,189**	36,67	0,320	-0,993**
Título profissional							
Enfermeiro	44	28,50	0,011	-2,550**	30,67	0,242	-1,169**
Enfermeiro especialista	20	41,30			36,53		
Contexto de exercício profissional							
USF-B	10	43,10	0,050	-1,961**	42,20	0,072	-1,799**
UCSP	54	30,54			30,70		
Formação em ESF							
Sim	21	32,57	0,983	-0,021**	34,76	0,496	-0,681**
Não	43	32,47			31,40		

Legenda: *Teste *rô de Spearman* ** Teste de *Mann-Whitney*

2.3.5. Correlação entre a escala IFCE-AE e a escala PEEF

Pela análise dos dados obtidos na tabela 6, verifica-se que a relação entre as subescalas PPEF e IAEF com a escala IFCE-AE é positiva, pelo que os enfermeiros que atribuem maior valor ao envolvimento das famílias no processo de cuidados também são os que apresentam maior perceção da sua prática diária na prestação de cuidados de ESF às famílias e lhe conferem maior importância. Contudo, esta relação não é estatisticamente significativa em ambas as subescalas ($p > 0,05$).

Tabela 6. Correlação entre a escala IFCE-AE e a escala PEEF

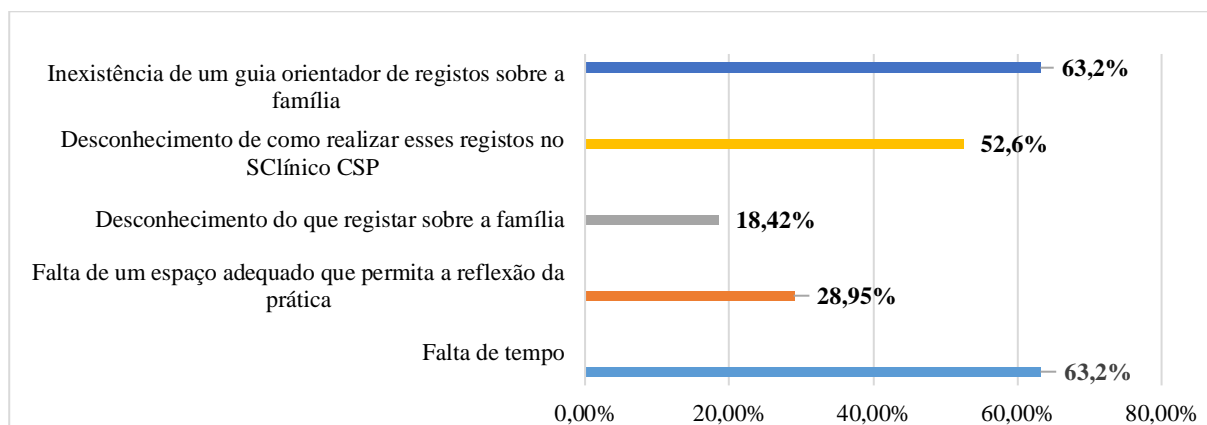
Escala PEEF	Escala IFCE-AE	
	r*	p
PPEF	0,036	0,779
IAEF	0,143	0,260

Legenda: *Teste *rô de Spearman*

2.3.6. Caracterização da amostra quanto à realização de registos no âmbito da ESF

Da totalidade da amostra, 75% (n=48) dos enfermeiros de família, identifica a estrutura familiar das famílias do seu ficheiro e 25% (n=16) refere não ter essa prática.

Na questão efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família, a ocorrência de enfermeiros que respondeu que não foi de 59,4% (n=38). Entre os que não realizam o registo completo (gráfico 2), 63,2% apontaram a falta de tempo como a principal razão e a mesma percentagem a inexistência de um guia orientador de registos sobre a família, 52,6% afirmaram desconhecer como realizar esses registos no SClínico CSP, 29% mencionaram a falta de um espaço adequado que permita a reflexão sobre a prática e 18,4% declararam desconhecer o que devem registar sobre a família.

Gráfico 2. Motivos para não realização de registros de ESF

Na pergunta considera o sistema de informação SClínico CSP facilitador na realização dos registros sobre a família, 70,3% (n=45) dos enfermeiros respondeu que não e 29,7% (n=19) respondeu que sim. Entre os motivos selecionados para considerar o SClínico CSP pouco facilitador, destacam-se as suas limitações (68,9%), o fato de ser pouco intuitivo (60%), pouco prático (51,1%) e se encontrar desadequado (26,7%).

Com o objetivo de conhecer a existência de guias orientadores ou protocolos para avaliação familiar e respectivos registros nas diversas UF, questionou-se os enfermeiros sobre a disponibilidade de tais recursos nas suas unidades de saúde. A maioria, 89,1% (n=57) respondeu que não existia um guia ou protocolo, enquanto 10,9% (n=7) afirmou que sim e 48,4% (n=31) dos enfermeiros considera extremamente importante a existência de um guia ou protocolo, 34,4% (n=22) muito importante, 15,6% (n=10) importante e apenas 1,6% (n=1) classifica como nada importante.

Também se solicitou aos inquiridos que classificassem numa escala de 1 a 5 a importância de incorporar nos CSP uma consulta de ESF. Do total da amostra, 48,4% (n=31) considera essa consulta extremamente importante, 28,1% (n=18) muito importante, 17,2% (n=11) importante, 3,1% (n=2) pouco importante e 3,1% (n=2) nada importante.

2.4. Discussão de resultados

Este estudo teve como objetivo avaliar as atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias; conhecer a perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias e a importância que atribuem a essa mesma prática; comparar a perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias com a importância atribuída; identificar fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes dos enfermeiros de família; à perceção da prática diária na prestação de cuidados às famílias e à importância que lhe atribuem; analisar a relação entre as atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias com a sua prática diária e a importância atribuída à ESF e identificar a prevalência de registos no âmbito da ESF no SClínico CSP.

A amostra foi constituída por 64 enfermeiros de família, predominantemente do género feminino (96,9%) e com uma média de idade de $49,03 \pm 8,515$ anos. Relativamente ao grau académico a maioria dos enfermeiros são licenciados (76,6%) e no que concerne ao título profissional, 31,3% são enfermeiros especialistas. Apresentam uma média de $25,03 \pm 8,547$ anos de experiência profissional e $20,83 \pm 10,318$ anos em CSP e a maioria desempenha funções em contexto de UCSP (84,4%).

Os dados obtidos neste estudo estão em consonância com o resultado de todos os estudos consultados, os quais indicam a predominância do género feminino em todas as amostras, bem como semelhança na média de idades e nos anos de experiência profissional [(Silva, 2023; Nunes, 2016; Carvalho, 2023)]. Analisando a distribuição das amostras segundo o grau académico e título profissional, destaca-se uma exceção no estudo de Maiorgas (2024), no qual a maioria dos enfermeiros era mestre (43,6%) e especialista (49,1%). Nos outros estudos analisados verificou-se que a maioria dos enfermeiros eram licenciados e detinham o título profissional de enfermeiro [(Nunes, 2016; Silva, 2023; Carvalho, 2023; Gil, 2023; Gaspar, 2024)].

Relativamente à média de tempo de experiência profissional em CSP, os estudos que analisaram esta variável, apresentam uma média inferior à do presente estudo. Nunes (2016) obteve uma média de $12,53 \pm 6,8$ anos de experiência profissional em CSP e Araújo et al. (2020) $12,96 \pm 7,62$ anos. Também o estudo de Nunes (2016) e o estudo de Carvalho (2023) corroboram os dados obtidos relativos ao contexto do desenvolvimento profissional, com maior percentagem de enfermeiros a desempenhar funções em UCSP, 56% e 28% respetivamente.

Na amostra do presente estudo, 67,2% dos enfermeiros refere não ter formação no âmbito da ESF, enquanto 32,8% respondeu afirmativamente. Estes dados corroboram os registados por Gil (2023) em que numa amostra de 102 enfermeiros, 57,8% não tinham formação em ESF. Contudo o estudo desenvolvido por Silva (2023) numa amostra de 60 enfermeiros do ACES Oeste Norte, indica que a maioria dos enfermeiros (51,7%) tinha formação nesta área. Destaca-se que neste estudo a área de especialização com maior percentagem era a ESF, sendo o norte do país a região mais desenvolvida nesta área. Os estudos realizados por Freitas (2011), Araújo et al. (2020), Frade et al. (2021) e Gaspar (2024) também corroboram os resultados obtidos no estudo de Silva (2023) com a maioria dos enfermeiros a apresentar formação em ESF.

Os enfermeiros de família que participaram neste estudo obtiveram uma pontuação média de 81 pontos na escala IFCE-AE, o que sugere uma atitude de suporte face às famílias. Estes resultados são corroborados por todos os estudos analisados: Carvalho (2023) na sua amostra obteve uma média de 78,8 pontos; Gil (2023) para a amostra dos enfermeiros a desempenhar funções nos CSP obteve uma pontuação média de 82,4 pontos; Gaspar (2024) obteve 84,5 pontos e Maiorgas (2024) reportou uma média de 81,6 pontos.

No presente estudo o α de Cronbach total da escala IFCE-AE foi de 0,82, de 0,84 para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”, de 0,76 para a dimensão “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e de 0,63 para a dimensão “Família: fardo”. Comparando com os resultados obtidos por Oliveira et al. (2011) e por Gaspar (2024), os valores encontrados para as dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” são inferiores e para a dimensão “Família: fardo” é superior. Comparando com os resultados obtidos no estudo de Carvalho (2023) os valores são semelhantes. Contudo, como os valores obtidos no presente estudo se aproximam do valor de 1, considera-se que a escala apresenta uma boa consistência interna.

Ao analisar a relação entre a idade e as atitudes dos enfermeiros de família da ULS da Guarda face às famílias constatou-se que os enfermeiros mais novos apresentam atitudes mais favoráveis ao envolvimento da família no processo de cuidados do que os enfermeiros com idade superior, observando-se uma correlação estatisticamente significativa ($\rho=0,045$) para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e inversa nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”. O estudo desenvolvido por Carvalho (2023) desvendou uma associação inversa entre estas variáveis ($r=-0,075$), porém sem significância estatística ($\rho=0,607$). Estes dados não são

consistentes em todos os estudos, sendo que Gaspar (2024) observou uma relação positiva entre a idade e a atitude dos enfermeiros, sugerindo que, com o aumento da idade, a importância atribuída às famílias também aumenta 17,7% ($r=0,177$). Em similitude, Frade et al. (2021) refere que quanto maior a idade, maior é a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem.

Para a variável tempo de exercício profissional em CSP verificou-se uma correlação estatisticamente significativa para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($p<0,05$) e inversa nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, o que significa que, com o aumento da experiência profissional em CSP, as atitudes de suporte dos enfermeiros face às famílias diminuem. Os dados encontrados pelo estudo de Carvalho (2024), de Gaspar (2024) e de Maiorgas (2024) também evidenciam uma correlação inversa entre a experiência profissional e a atitude dos enfermeiros face às famílias, mas não estatisticamente significativa. Contudo, o estudo desenvolvido por Gil (2023), observou a existência de correlação estatisticamente significativa e positiva entre estas variáveis, o que vai ao encontro do mencionado por Frade et al. (2021) que quanto maior a experiência profissional, maior é a importância atribuída à família.

Em relação à variável grau académico verificou-se OM superiores na dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e inferiores na dimensão “Família: fardo” nos enfermeiros com o grau académico “mestrado” o que demonstra que apresentam atitudes mais favoráveis em relação à família que os enfermeiros licenciados. Esta relação demonstrou ser estatisticamente significativa para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($p<0,05$). Os resultados obtidos nos estudos consultados na literatura também constataram que os enfermeiros mestres apresentavam médias superiores na globalidade da escala em comparação com os enfermeiros licenciados, contudo observaram que não existia evidência estatisticamente significativa entre estas variáveis [(Gil, 2023; Carvalho, 2023; Gaspar, 2024; Maiorgas, 2024)].

Quanto ao título profissional, o presente estudo observou que os enfermeiros especialistas atribuem maior importância ao envolvimento das famílias nos cuidados do que os enfermeiros de cuidados gerais, ao apresentarem OM mais altas nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e mais baixa na dimensão “Família: fardo” da escala IFCE-AE. No entanto esta relação não é estatisticamente significativa em todas as dimensões da escala ($p>0,05$). Estes dados são

apoiados pelo estudo desenvolvido por Gil (2023). Por outro lado, o estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012), apesar de identificar que os enfermeiros especialistas apresentavam valores médios mais elevados nas dimensões “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e inferior na dimensão “Família: fardo”, observou diferença estatisticamente significativa para a globalidade da escala ($\rho < 0,02$), para a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*” ($\rho < 0,00$) e para a dimensão “Família: fardo” ($\rho < 0,03$). De forma semelhante, Gaspar (2024) também observou que a correlação entre o título profissional e a atitude dos enfermeiros era estatisticamente significativa ($\rho = 0,028$), corroborando a influência do nível de especialização na valorização do envolvimento da família nos cuidados.

Neste estudo a correlação entre o contexto do exercício profissional e as atitudes dos enfermeiros face às famílias não é estatisticamente significativa ($\rho > 0,05$), sendo estes dados corroborados pelo estudo desenvolvido por Carvalho (2024).

Os dados do presente estudo revelam que como $\rho > 0,05$ em todas as dimensões da escala, a correlação entre a formação em ESF e a atitude dos enfermeiros não é estatisticamente significativa. Estes dados são similares aos encontrados por Carvalho (2024) e Gaspar (2024), no entanto os estudos desenvolvidos por Gil (2023) e Maiorgas (2024) encontram médias muito semelhantes entre os dois grupos. Em contrapartida Frade et al. (2021), concluiu que quanto maior a formação nesta área, maior a importância atribuída ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Para a subescala PPEF a média obtida neste estudo foi de $117,55 \pm 22,993$ pontos e na subescala AIEF de $165,33 \pm 19,743$, sendo estes valores muito semelhantes aos encontrados no estudo desenvolvido por Freitas (2011), média na PPEF de 119,33 e na IAEF de 167,35 pontos.

As intervenções percebidas com menor e maior aplicabilidade na prática diária em ESF pelos enfermeiros de família da ULS da Guarda estão em consonância com as identificadas no estudo de Freitas (2011) e no de Nunes (2016). Os enfermeiros de família da ULS da Guarda identificam a construção do ecomapa familiar e do genograma, seguindo-se a identificação dos limites que existem entre os subsistemas familiares e a identificação dos subsistemas que compõem a família como as intervenções menos importantes para a prática de enfermagem com famílias e a calendarização das consultas de enfermagem em conjunto com a família, a colaboração no acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família e o apoio à família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados como as intervenções mais importantes.

O estudo de Nunes (2016) apontou a identificação dos limites existentes entre os subsistemas familiares e a identificação de pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, igreja...) para a família como as intervenções consideradas de menor importância. Por outro lado, as intervenções a que os enfermeiros atribuíram maior importância para a prestação de cuidados às famílias incluem: a determinação da calendarização das consultas de enfermagem em conjunto com a família, o empenho para promover mudanças na família e utilização das capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados. No estudo desenvolvido por Freitas (2011) destaca-se a construção do ecomapa, a identificação dos limites existentes entre os subsistemas familiares e das tarefas/funções inerentes a cada etapa do ciclo vital da família e a construção do genograma familiar como as intervenções que menos importância têm para os enfermeiros. Em oposição, a realização dos registos de todos os dados obtidos sobre a família, a utilização das capacidades da família para promover a melhoria dos cuidados, o apoio à família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados, a análise da perceção dos membros da família face aos problemas de saúde e a direcção das intervenções de enfermagem aos membros da família saudáveis e aos doentes, são as intervenções mais importantes para os enfermeiros de família.

Neste estudo para a subescala PPEF obteve-se um α de Cronbach de 0,97 e para IAEF de 0,98. Estes valores são superiores aos obtidos por Freitas (2011) (PPEF=0,96; IAEF=0,98), o que indica muito boa consistência interna da escala.

Ao comparar-se a perceção da prática profissional dos enfermeiros da ULS da Guarda junto das famílias e a importância que atribuem à ESF, observou-se que existia uma relação positiva ($r=0,244$) e *bordeline* ($p=0,047$) entre estas variáveis. Estes dados são corroborados pelo estudo desenvolvido por Freitas (2011) e por Nunes (2016) ao também evidenciarem uma relação estatisticamente significativa entre as subescalas, $p=0,008$ e $p<0,001$ respetivamente. Outro dado relevante é que a média apurada para a subescala IAEF é superior à da escala PPEF, o que evidencia que os enfermeiros conferem maior importância à ESF do que a integram nos seus cuidados. Este facto também foi observado nos dois estudos consultados na literatura [(Freitas,2011; Nunes, 2016)].

Neste estudo a correlação entre a idade e a perceção dos enfermeiros de família da ULS da Guarda sobre a sua prática diária na prestação de cuidados às famílias não é estatisticamente significativa (PPEF $p=0,842$), mas a correlação entre a idade e a importância atribuída à enfermagem com famílias revelou-se estatisticamente significativa e inversa (IAEF $p=0,038$; $r=-0,260$), ou seja, à medida que a idade aumenta diminui a importância atribuída à ESF. Os

estudos de Freitas (2011) e de Nunes (2016) evidenciam que não existe correlação entre a idade e as duas subescalas. Contudo, Freitas (2011) observou que a relação entre estas variáveis era positiva, ou seja, quanto maior a idade maior a importância atribuída à enfermagem com famílias ($r=0,055$).

A correlação entre o tempo de exercício profissional em CSP e a subescala PPEF ($\rho=0,250$) e IAEF ($\rho=0,120$) no presente estudo não é estatisticamente significativa, no entanto, observa-se uma relação inversa para a subescala IAEF ($r=-0,196$) o que revela que à medida que a experiência profissional em CSP aumenta, diminui a importância atribuída pelos enfermeiros à enfermagem com famílias. Também nos estudos desenvolvidos por Freitas (2011) e Nunes (2016) se constata que não há relação entre o tempo de exercício profissional nos CSP e as duas subescalas, a única diferença é que no estudo de Freitas (2011) ambas as relações são positivas (PPEF $r=0,061$; IAEF $r=0,055$).

No que diz respeito à variável grau académico não se verificou no presente estudo uma relação estatisticamente significativa com a perceção da prática diária e a importância atribuída ($\rho>0,05$). No título profissional os enfermeiros especialistas também apresentam OM superiores em ambas as subescalas em comparação com os enfermeiros de cuidados gerais, e esta correlação é estatisticamente significativa para a subescala PPEF ($\rho=0,011$). Os dados obtidos no estudo de Freitas (2011) não corroboram estes dados, porque observou uma diferença estatisticamente significativa para a subescala IAEF ($\rho<0,001$) tanto para o grau académico como para o título profissional, com os enfermeiros licenciados e mestres e os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores a atribuírem maior importância à ESF. No estudo de Nunes (2016) no que concerne ao grau académico não encontrou relação estatisticamente significativa para a subescala PPEF, mas verificou diferença estatisticamente significativa para a subescala IAEF ($\rho=0,012$), concluindo que os enfermeiros com mestrado e doutoramento atribuem maior importância a uma enfermagem com famílias do que os enfermeiros com bacharelato e licenciatura. Para o título profissional também verificou que existia diferença estatisticamente significativa para a subescala IAEF ($\rho=0,044$) no grupo dos enfermeiros especialistas e chefes.

Para a variável contexto do exercício profissional, os enfermeiros de família da ULS da Guarda que desempenham funções em USF apresentam níveis superiores de aplicabilidade das intervenções de ESF na sua prática diária e atribuem maior importância à ESF do que os enfermeiros das UCSP. Contudo a correlação entre o contexto do exercício profissional e a escala PPEF, só se revelou estatisticamente significativa e *bordeline* para a subescala PPEF

($p=0,05$). Estes dados não são corroborados pelos resultados encontrados por Nunes (2016) uma vez que este estudo não encontrou correlação estatisticamente significativa entre o contexto profissional e as subescalas PPEF e IAEF, apesar de também verificar que os enfermeiros que trabalham em contexto de USF apresentam um nível de aplicabilidade superior na sua prática diária de intervenções de enfermagem com famílias.

Para a variável formação em ESF, as OM dos enfermeiros de família da ULS da Guarda com e sem formação em ESF são similares na subescala PPEF (32,57 vs. 32,47), observando-se diferença na subescala IAEF, com os enfermeiros com formação a apresentarem OM superior (34,76 vs. 31,40). Contudo, a relação entre estas duas variáveis não é estatisticamente significativa ($p>0,05$). Independentemente do contexto de aquisição da formação em ESF no estudo de Freitas (2011) observa-se uma correlação estatisticamente significativa para as duas subescalas PPEF ($p=0,021$) e IAEF ($p=0,014$). Barbieri-Figueiredo et al. (2012) no estudo realizado com 244 enfermeiros a exercer funções nos CSP da administração Regional de Saúde do Norte concluiu que os enfermeiros que tem formação em ESF apresentam *scores* médios mais elevados em ambas as subescalas, verificando uma diferença estatisticamente significativa para a subescala IAEF ($p<0,01$). O estudo de Nunes (2016) evidencia que existe uma relação estatisticamente significativa em ambas as subescalas nos enfermeiros que frequentaram unidades curriculares sobre família (PPEF $p=0,046$; IAEF $p<0,001$), no entanto, para os enfermeiros que apresentam formação dispersa sobre a família só se verificou uma relação estatisticamente significativa para a subescala IAEF ($p=0,016$).

A maioria dos enfermeiros do estudo (75%) alega identificar o tipo de estrutura familiar das famílias do seu ficheiro, pelo que o valor encontrado é bastante superior aos 10% identificados no estudo realizado por Sá (2021). Neste estudo, 59,4% da amostra respondeu que não procedia ao registo integral dos dados obtidos sobre a família no SClínico CSP. As principais razões seleccionadas foram: falta de tempo (63,2%), inexistência de um guia orientador de registos sobre a família (63,2%), desconhecimento de como realizar esses registos (52,6%) e uma percentagem menor mencionou a falta de um espaço adequado para a reflexão sobre a prática (28,9%) e o desconhecimento sobre o que registar sobre a família (18,4%). Apesar de Freitas (2011) e Nunes (2016) terem direccionado o seu estudo para a identificação, por parte dos enfermeiros, dos fatores facilitadores e dificultadores para a prática de enfermagem com família, também identificaram com uma das percentagens maiores, a falta de tempo como entrave à prática de ESF. Este fator correlaciona-se com os dados encontrados neste estudo, porque se o tempo disponível para a prestação de cuidados às famílias for limitado,

torna-se igualmente reduzido para a realização dos respetivos registos. No estudo de Freitas (2011) e no de Nunes (2016) os enfermeiros também percecionam a escassez de formação no âmbito da ESF como um fator que dificulta a sua prática de enfermagem com as famílias, o que se reflete na incerteza sobre quais os dados a registar sobre a família e na forma como devem ser documentados. Sá (2021) em similitude com Figueiredo et al. (2020) ressaltam que a aposta na formação académica e contínua é uma estratégia eficaz para fortalecer as competências e os conhecimentos dos enfermeiros de família sobre ESF.

Uma grande percentagem dos enfermeiros de família da ULS da Guarda considera que o SClínico CSP dificulta a realização dos registos sobre a família, mencionando que apresenta limitações, é pouco intuitivo e prático e que se encontra desadequado face ao desenvolvimento do conhecimento sobre ESF. Apesar de não se encontrar na literatura estudos que coloquem a mesma questão, Nunes (2016, p.64) destaca que um dos principais desafios enfrentados pelos enfermeiros no desempenho dos cuidados às famílias em contexto domiciliário é justamente o facto de o sistema informático se apresentar inadequado para a realização de registos dos cuidados prestados à família.

2.5. Conclusão do estudo

A realização deste estudo permitiu responder a todas as questões de investigação inicialmente delineadas e atingir os objetivos propostos.

A amostra caracteriza-se por ser predominantemente do género feminino (96,9%), com uma idade média de $49,03 \pm 8,515$ anos e com grau académico de licenciatura (76,6%). A área de mestrado e especialidade com maior relevo é Enfermagem Comunitária (60% e 55%). Os enfermeiros têm, em média, 25 anos de experiência profissional e 21 anos de experiência em CSP, principalmente em contexto de UCSP (84,4%) e a maioria não tem formação em ESF (67,2%).

Destaca-se que os enfermeiros de família da ULS da Guarda demonstram uma atitude de suporte em relação às famílias. Dos fatores sociodemográficos e profissionais analisados, associaram-se com as atitudes dos enfermeiros perante a família, particularmente com a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”, a idade e o tempo de experiência profissional numa relação inversa e o grau académico.

Os enfermeiros de família da ULS da Guarda atribuem maior importância à ESF do que a que aplicam na sua prática diária. Conclui-se que os fatores profissionais que influenciam a

aplicabilidade da ESF na prática diária dos enfermeiros de família da ULS da Guarda são o título profissional e o contexto do exercício profissional, enquanto a idade exerce uma influência inversa na importância atribuída à ESF. Além disso, os enfermeiros que demonstram maior atitude de suporte em relação às famílias são também aqueles que mais frequentemente incorporam as intervenções de ESF na sua prática diária e lhe conferem maior importância.

A maioria dos enfermeiros de família da ULS da Guarda não realiza a totalidade dos registos sobre a família no SClínico CSP, apresentando como principais razões a falta de tempo e a inexistência de um guia orientador para os registos sobre a família, somando-se as limitações do próprio sistema de informação, que é considerado pouco intuitivo e pouco prático.

Constatou-se que na ULS da Guarda, a maior parte das UF dos CSP não dispõem de um guia orientador ou protocolo para a avaliação familiar e respetivos registos, no entanto a maioria dos enfermeiros reconhece que esse recurso seria de extrema importância para o desenvolvimento da prática de ESF. Este facto evidencia a necessidade de desenvolver ferramentas estruturadas que auxiliem os enfermeiros na avaliação e registo da situação familiar, promovendo uma abordagem de ESF mais organizada e eficaz no cuidado às famílias.

Por fim, os enfermeiros de família da ULS da Guarda consideram de extrema importância integrar uma consulta de ESF nos CSP. Esta opinião reflete a perceção dos enfermeiros sobre a necessidade de um espaço estruturado para oferecer cuidados mais direcionados e específicos às famílias, promovendo a saúde familiar de forma mais holística e eficaz. A inclusão desta tipologia de consulta também contribuirá para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às famílias e fortalecer o vínculo entre os enfermeiros e as famílias.

Como limitações do estudo destacam-se o tamanho reduzido da amostra, o que pode interferir com a generalização dos resultados, assim como, a ausência de dados sobre o estado civil dos enfermeiros, uma variável frequentemente identificada como fator influenciador da atitude dos enfermeiros face às famílias. Outro ponto relevante é a ausência de dados sobre os fatores facilitadores e dificultadores para a prática de ESF, o que limita a compreensão dos obstáculos e das condições favoráveis para a implementação da ESF no contexto estudado. Ao refletir-se sobre as dificuldades sentidas na realização deste estudo, salientam-se a limitação temporal para o seu desenvolvimento, a morosidade da avaliação e aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética para a Saúde e a adesão dos profissionais ao preenchimento do instrumento de colheita de dados. Devido à inexperiência na área da investigação, o tratamento e análise dos dados constitui-se desafiante, pelo que a colaboração

da docente orientadora do estágio e o recurso a pesquisa bibliográfica foram essenciais para superar esta dificuldade

Considerações Finais

Embora os enfermeiros de família da ULS da Guarda reconheçam a importância de integrar a família nos cuidados de enfermagem, ainda há um longo caminho a percorrer para que os enfermeiros planeiem os seus cuidados com foco na unidade familiar e integrem na sua prática diária intervenções de ESF que facilitem a avaliação familiar.

A disseminação dos resultados deste estudo aos profissionais envolvidos, bem como ao Conselho de Administração, poderá fomentar a reflexão crítica a nível individual, mas também impulsionar o desenvolvimento e a implementação de estratégias organizacionais para potenciar a ESF e melhorar os cuidados prestados às famílias no contexto dos CSP da ULS da Guarda.

Perante os resultados encontrados é necessário identificar medidas que fomentem a prática de ESF nos CSP da ULS da Guarda e proporcionar aos enfermeiros que exercem a função de enfermeiro de família a oportunidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências essenciais para a prática de ESF, por meio de programas formativos oferecidos pela instituição de saúde. Neste sentido, como implicação para a prática clínica pondera-se administrar em todas as UCSP e USF da ULS da Guarda formação sobre avaliação e intervenção familiar e respetivos registos e após meio ano realizar uma análise aos registos de enfermagem no processo familiar e avaliar a satisfação das famílias em relação aos cuidados prestados pelos enfermeiros de família. Como a generalidade das UF não dispõe de um guia de registos de ESF e a maioria dos enfermeiros considera-o extremamente importante, foi elaborado um guia e submetido ao Núcleo de Enfermagem Comunitária para análise e, posteriormente, irá ser submetido à apreciação do Conselho de Administração com a finalidade de ser difundido por todas as UCSP e USF da ULS da Guarda.

Quanto às conclusões do relatório final e não apenas em relação ao estudo de investigação, pode-se refletir sobre a importância da ESF e dos EEECESF nos CSP. A ESF é a única área de enfermagem que foca a sua atenção em toda a unidade familiar e em particular em todos os seus membros favorecendo o envolvimento e a harmonia familiar e os EEECESF são essenciais para promover e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às famílias,

envolvendo-as no processo de cuidados. Além do descrito, desempenham um papel preponderante no desenvolvimento de programas de melhoria contínua que visam aperfeiçoar os cuidados prestados em ESF.

Com o término deste percurso formativo considera-se adquiridas as competências necessárias para desempenhar, de forma capaz, o papel de enfermeira mestre e especialista em ESF e prestar cuidados de qualidade às famílias, envolvendo-as ativamente no processo de cuidados.

Referências bibliográficas

- Araújo, C. P., Cebotareanu, E., Lopes, E. M., Silva, L. C. R. & Almeida, S. M. R. (2020). *Atitudes dos Enfermeiros dos cuidados de saúde primários face à parceria da família nos cuidados de Enfermagem*. [Monografia, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Consultada em Escola Superior de Saúde de Viseu.
- 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*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31850/1/2012_Transferibilidade%20do%20conhecimento%20em%20enf%20Fam%20c3%adlia36-43.pdf
- Bértolo, A. R. (2021). *Importância da Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria.
<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/7252>
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Artmed Editora.
- Carvalho, C. M. L. S. (2023). *Atitudes dos enfermeiros, face à importância da família no processo do cuidar*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria.
<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/8745>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2020). CIPE - Português.
<https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Costa, L. J. D. (2014). *Registos de Enfermagem: Sua Influência na Qualidade dos Cuidados Prestados*. Escola Superior de Saúde. Universidade do Mindelo.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Almedina.

- Duvall, R. & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development*. New York: Harper & Row. ISBN 0060418265
- 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. *Referência*, 4(7), 2130. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2023a). Modelos de Avaliação e Intervenção familiar. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.371-372). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023b). Genograma. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.431-432). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023c). Ecomapa. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.350-352). Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2023d). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.383-392). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantes, M. J. (2023a). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – FACES. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.361-368). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantes, M. J. (2023b). Escala de APGAR Familiar de Smilkstein. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.359-360). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R. & Vitor, C. (2023). Escala de Graffar. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.371-372). Lidel.
- Figueiredo, M.H., Ferreira, M., Guedes, V., Oliveira, P., Amaral, M. & Grau, C. F. (2020). A Mudança Nas Percepções dos Enfermeiros de Família sobre os pressupostos da intervenção famílias após processo formativo MDAIF. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31339/1/110-117.pdf>
- Frade, J. M., Henriques, C. M., & Frade, M. F. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspectiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>

- Freitas, A. P. C. (2011). *Enfermagem com Famílias: Perspectiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da região autónoma da madeira*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. U.Porto. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamliasAlexandraFreitas.pdf>
- Gaspar, M. M. (2024). *Valorização da Família pelos Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria.
https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9930/1/Relat%C3%B3rio%20-%20Enfermagem%20de%20Cuidados%20-%20C3%A0%20Fam%C3%ADlia%20em%20Contexto%20de%20USF%20final_R01%20-%20281%29.pdf
- Gil, E. M. C. B (2023). *Importância Atribuída à Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/8746>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.
- Henriques, C. M. G. & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.
- Henriques, M. J. (2023). *Avaliação da Qualidade em Saúde: Instrumentos de Avaliação da Qualidade na USF CelaSaúde*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra.
<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/109588?mode=full>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2023). *O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares*. ISBN 978-989-25-0672-2
- Instituto Politécnico de Viseu. (2024). *Caraterização da Unidade Curricular*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://portal.ipv.pt/sacpv/doc?stage=FichaUnidadeCurricular&_event=openDocument&idDocumentRepository=1585852&docIsAttachment=false&popup_mode=true

- Lemos, S. R. M. (2019). *A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem: Atitude dos enfermeiros, em contexto pediátrico*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum.
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30662>
- Maiorgas, S. C. S. (2024). *Enfermeiro/Família: Parceiros no Cuidar – Importância da Família*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/9962>
- Martins, A. R. R. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório Científico Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/094b0cc3-5640-44dc-8605-d4bbc79025ce/content>
- Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., Almeida, M. P. P., Mendes, O. S. & Santos, R. M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 2 (12), 52-61.
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.7>
- Nunes, M. F. M. S. (2016). *Enfermeiro de Família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: Perspetiva do Enfermeiro*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Ria, Repositório institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/17196>
- Oliveira, P. C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., Figueiredo, M. C. A. B., Andrade, L. M. C., Carvalho, J. C. M. & Martins, M. M. F. (2011). Atitude dos Enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32269>
- Ordem dos Enfermeiros (2007, outubro). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008, agosto 11) Dia Internacional da Família: Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. OE.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia->

internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/

Ordem dos Enfermeiros (2014, maio 15). Dia Internacional da Família 2014. OE.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Parecer CJ 196/2014: Registo de penso e evolução da ferida. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (2023). Tomada de Posição n.º 01/2023: Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (2022). Relatório Bienal 2020-2021. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25491/relatorio-bienal-2020-2021_mceec.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023). Cuidados de saúde primários.
<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.

Pinto, M. C., Silva, L. S. & Souza, E. A. (2020). A Importância Dos Registos de Enfermagem no Contexto Avaliativo da Auditoria. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*: Umuarama, 24(3),159-167. DOI: 10.25110/arqsaude.v24i3.2020.6750

Pordata. (2011). Evolução de Portugal nas últimas 6 décadas. <https://prod2.pordata.pt/portugal>

Pordata. (2024). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento.
<https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Portugal, Decreto-Lei nº 118/2014. (2014, agosto 5). Diário da República 1 (149), pp.4069-4071

Portugal, Decreto-Lei nº 28/2008. (2008, fevereiro 22). Diário da República 1(38), pp.1182 – 1189

- Portugal, Despacho n° 19040/2006. (2006, setembro 19). Diário da República 2(181), pp.19247-19248
- Portugal, Lei n° 58/2019. (2019, agosto 8). Regulamento UE 2016/679. Diário da República 1(151), pp.3-39.
- Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde (s.d.). SClínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP). Acedido em janeiro 10, 2024, em <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde, Direção Executiva do SNS. (2023). Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde. (2024). Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários: UCSP Gouveia. Acedido em janeiro 10, 2025, em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2090600/Pages/default.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde. (2023). História do SNS. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2024). Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais. <https://mimuf-centro.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>
- Portugal, Regulamento n° 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2(26), pp.4744-4750.
- Portugal, Regulamento n° 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.
- Ramalho, A., Castro, P., Gonçalves-Pinho, M., Teixeira, J., Santos, J. V., Viana, J., Lobo, M., Santos, P. & Freitas, A. (2019). Primary health care quality indicators: An umbrella review. *PLOS ONE*, 14(8), e0220888. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888>
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

- Ribeiro, M. R. S. M. (2019). Os Registos de Enfermagem Como Uma Estratégia Indispensável Para Assegurar A Continuidade dos Cuidados. *Revista Sinais Vitais* (129), 29-41.
- Sá, R.T. (2021). A Satisfação Profissional e o *Engagement* dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários no Processo de Implementação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Ria. Repositório institucional. <http://hdl.handle.net/10773/30908>
- Santiago, C. & Figueiredo, M. H. (2023). Estrutura e configurações familiares. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.101-102). Lidel.
- Santos, M. L. (2023). Modelo Calgary de avaliação familiar e Modelo Calgary de intervenção familiar. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.377-382). Lidel.
- Schober, M. & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: Frameworks for Practice*. Geneva: Internacional Council of Nurses.
- Silva, J. (2023). *A Família como Unidade de Cuidados: atitudes dos enfermeiros em contexto domiciliário*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Instituto Politécnico de Leiria. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9721/1/JULIA%20SILVA%20RELATORIO%20altera%20a7%20b5es_cf.pdf
- Silva, M. M., Kraus, T. & Figueiredo, M., H. (2023). Ciclo Vital da Família. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.152-158). Lidel.
- Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. (2023). 3º ciclo de formações SPESF: Documentação de Cuidados de Enfermagem no Processo da Família. <https://spesf.pt/wp-content/uploads/2023/03/07-registos-em-enfermagem-de-saude-familiar.docx>
- Spínola, A. & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de Família. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.92-95). Lidel.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6ª ed.) F.A. Davis Company: Philadelphia.

Apêndices

Apêndice I

Procedimento Operativo – Medicamentos de Alta Vigilância

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medicamentos de Alta Vigilância

Siglas e Abreviaturas

DCI - Denominação Comum Internacional

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

MAM - Medicamentos de Alerta Máximo

MAV - Medicamentos de Alta Vigilância

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSG - Unidade Local de saúde da Guarda

Objetivos

- Divulgar e implementar a Norma da DGS 008/2023 **MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA**;
- Implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alta vigilância;
- Elaborar e divulgar, internamente, as listas de medicamentos LASA e MAM efetivamente prescritos/dispensados/administrados na UCSP de Gouveia;
- Garantir que os profissionais conhecem as listas de medicamentos LASA e MAM da instituição, o seu propósito e a sua importância para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação;
- Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, garantindo a sua separação física e a sua correta identificação, através da rotulagem.

Fundamentação

O Institute for Safe Medication Practices recomenda diversas estratégias para prevenir incidentes relacionados com MAV, incluindo a padronização de processos, restrição de acesso, uso de rótulos auxiliares e dupla verificação. A falta de padronização aumenta o risco de incidentes na utilização dos MAV, e as instituições devem adotar práticas seguras, como a validação de procedimentos e a utilização de sistemas de informação compatíveis.

A má identificação de medicamentos, seja por interpretação errada da prescrição (escrita ou oral), ou por seleção errada devido à semelhança entre denominações, ou embalagens, é uma causa comum da

ocorrência de erros. A rotulagem adequada, incluindo o uso de letras maiúsculas, negrito, cores ou pictogramas, constitui uma estratégia importante para minimizar a probabilidade de erro.

A formação contínua dos profissionais é crucial devido à constante evolução dos medicamentos e à sua gestão de risco. Os incidentes medicamentosos estão relacionados com as várias etapas do processo da gestão da medicação: seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração, pelo que é fundamental uniformizar procedimentos em todas estas etapas.

Aplicação

À UCSP de Gouveia.

Responsabilidade

Farmacêuticos/ Técnicos de farmácia, Médicos e Enfermeiros

Definições

MAV - medicamentos que pelas suas características induzem mais facilmente ao erro, apresentando assim, um risco aumentado de provocar danos significativos aos doentes quando há falhas na sua utilização. Exigem precauções especiais durante a preparação e administração de forma garantir a segurança do paciente.

MAM - Medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos com risco aumentado de provocar dano significativo ao doente. Os erros com MAM são pouco frequentes mas com consequências mais graves, como lesões permanentes ou morte, com aumento dos custos associados aos cuidados de saúde prestados ao utente.

LASA - Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.

DCI - Medicamentos com a mesma substância ativa, mas com diferentes dosagens.

Procedimento

Tabela 1. Procedimento Operativo: Medicamentos de Alta Vigilância

Secção	Procedimento
Seleção, aquisição e armazenamento	<ol style="list-style-type: none">1. Selecionar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição;2. Limitar o número de apresentações e de concentrações de MAM disponíveis na instituição;3. Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, que garantam a sua separação física e a sua correta identificação e rotulagem.
Prescrição	<ol style="list-style-type: none">1. Privilegiar a prescrição eletrónica de medicamentos;2. Em caso de necessidade de prescrição manual de medicamentos:<ul style="list-style-type: none">➤ A identificação do medicamento tem de incluir obrigatoriamente a respetiva DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação e posologia;➤ A caligrafia deve ser de fácil leitura e interpretação, redigida com letra de imprensa maiúscula;➤ Evitar o uso de abreviaturas.3. Nas indicações/pedidos orais, em situações de emergência:<ul style="list-style-type: none">➤ O prescriptor deve verbalizar de forma clara e soletrada, a DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e posologia;➤ Os dígitos da dosagem do medicamento prescrito devem ser verbalizados individualmente;➤ O profissional que vai administrar a medicação deve imediatamente a seguir, repetir para o prescriptor o que ouviu, utilizando o método da comunicação em alça fechada;4. Padronizar os regimes de dose particularmente no caso dos MAM.

Secção	Procedimento
Dispensa	<ol style="list-style-type: none">1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação:<ul style="list-style-type: none">➤ Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.
Preparação e administração	<ol style="list-style-type: none">1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação:<ul style="list-style-type: none">➤ Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.2. Padronizar as formas de cálculos para as doses que requerem preparação, em particular, no caso dos MAM;3. Padronizar os rótulos com a prescrição ou com o registo para a administração;4. Recusar a administração de medicamentos manualmente prescritos com letra ilegível;5. Garantir a concordância entre a forma como se expressam as doses prescritas e os registos de administração de medicamentos.

Fonte: Elaboração própria.

De forma a uniformizar o modo de identificação de fármacos em todas as instituições da ULS da Guarda, foi elaborada uma nova etiqueta que alerta para a possibilidade de estar perante um medicamento MAM ou LASA, para as diferentes dosagens e vias de administração (Anexo V).

De modo a minimizar o erro da troca de medicação não deverá haver mais que dois medicamentos, no máximo, por gaveta, e estes devem estar armazenados por forma farmacêutica, e por ordem alfabética de DCI, sem exceção.

Referências Bibliográficas

Direção Geral da Saúde. (2023). Norma nº 008/2023 de 19/12/2023: Medicamentos de Alta Vigilância.

DGS.

Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia	Enfermeira Diretora	Versão Inicial.	UCSP Gouveia

*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

Anexos

Anexo I - Lista Medicamentos LASA

Anexo II - Método de inserção de letras maiúsculas e a negrito - Tall Man Lettering

Anexo III - Lista Medicamentos MAM

Anexo IV - Sinalização com utilização de pictogramas dos medicamentos DCI mas com diferentes dosagens e MAM

ANEXO I - Lista de medicamentos LASA, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas e a negrito

Aciclovir	GAN ciclovir/ VAL aciclovir/ VALGAN ciclovir
a DRENAL ina	a TROP ina
AL fentanilo	fentanilo / SU fentanilo
alo PURIN ol	halo PERID ol
ami NOFIL ina	am LODIP ina / amio DARO na
aza TIOPR ina	aza CITID ina
BETA metasona	DEXA metasona
BU pivacaína	RO pivacaína / LEVO bupivacaína
bu PROPI ona	bu SPIR ona
ca LCITR iol	ca RVED iol
c ARBO platina	c IS platina
cef AZOL ina	cef OXIT ina / cef TAZIDIM a / cef TRIAOX ona / cef OTAXIM a
CIPRO floxacina	LEVO floxacina
citalopram	ES citalopram
c LARITROMI cina	c IPROFLOXA cina
clo MIPRAM ina	clo ROPROMAZ ina
CLON azepam	clo BAZ am / DI azepam / LOR azepam / OX azepam
clo NID ina	clo ZAP ina
cloro DIAZEPÓXIDO	cloro PROMAZINA
di AZEPAM	di LTIAZEM
DOBUT amina	DOP amina
DOCE taxel	PACLI taxel
DOXO rrubicina	IDA rrubicina
DULO xetina	FLU oxetina / PAR oxetina
fentanilo	SU fentanilo
idar RUBICINA	idar UCIZUMAB
INFLI ximab	RITU ximab
lam IVUD ina	lam OTRIG ina
lev ETIRACETAM	lev OCARNITINA
levo MEPROMAZ ina	levo TIROX ina
met FORMINA	met RONIDAZOL
mi FEPRI STONA	mi SOPROSTOL
mito MIC ina	mito XANTRO na
morfina	HIDRO morfona
ni MO dipina	ni FE dipina
OLANZ apina	QUET iapina
propr ANOL ol	prop OF ol
rifa MPIC ina	rifa XIM ina
sulfa DI azina	Sulfa SSAL azina
tra MADOL	tra ZODONA

ANEXO II - Método de inserção de letras maiúsculas e a negrito - Tall Man Lettering

1º Passo: compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos 2 letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

alopurinol	Altera-se para:	aloPURINOL
haloperidol		haloPERIDOL

2º Passo: começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. As letras em comum retornam a minúsculas.

aloPURINOL	Altera-se para:	aloPURINol
haloPERIDOL		haloPERIDol

ANEXO III - Lista Medicamentos MAM

CLASSES DE MEDICAMENTOS	EXEMPLOS
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	cetamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidina, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametónio, atracúrio, cisatracúrio, pancurónio, rocurónio, vecurónio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

AGENTES ANTITROMBÓTICOS

Anticoagulantes	varfarina, heparina não fracionada, heparinas de baixo peso molecular
Inibidores do fator Xa	fondaparinux sódico, apixabano, rivaroxabano
Inibidores diretos da trombina	bivalirudina, dabigatranato etexilato
Trombolíticos	alteplase, reteplase, tenecteplase
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	abciximab, eptifibatida, tirofibano

OUTRAS CLASSES

Soluções cardioplégicas

Citotóxicos de uso parenteral ou oral

Soluções para diálise peritoneal e soluções para hemodiálise

Medicamentos para administração por via epidural ou intratecal

Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e antidiabéticos orais

Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos e de uso oral (incluindo pós para concentrados para soluções e formulações de libertação imediata ou prolongada)

Soluções para nutrição parentérica

Meios de contraste intravenosos (contrastes iodados)

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml

Cloreto de sódio hipertónico (superior a 0.9%), solução injetável

Glicose hipertónica (20% ou superior), solução injetável

Cloreto de potássio concentrado para solução para perfusão

Fosfato monopotássico, solução injetável

Sulfato de magnésio, solução injetável

Anfotericina B (forma lipossómica e convencional)

Epoprostenol

Oxitocina, solução injetável

Prometazina, solução injetável

Metotrexato, comprimido

ANEXO IV - Sinalização com utilização de pictogramas dos medicamentos DCI mas com diferentes dosagens e MAM



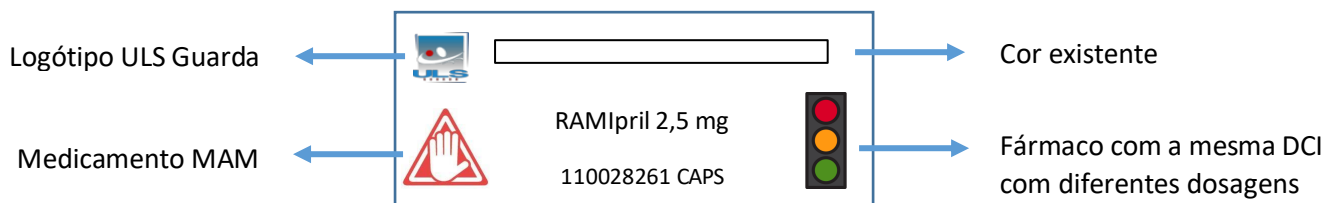
**Sinalização de medicamentos com a mesma DCI,
mas com diferentes dosagens.**



Sinalização de MAM.

ANEXO V - Etiquetas dos medicamentos em stock

Elaboração da etiqueta:



Cores existentes:

	Comprimidos
	Soluções de Eletrólitos Concentrados
	Enemas
	Ampolas Endovenosas
	Colírios
	Terapêutica inalatória
	Ampolas Intramuscular
	Soluções/ Suspensões orais
	Sistemas Transdérmicos
	Benzodiazepinas
	Psicotrópicos
	Creme/pomada
	Supositório
	Medicação subcutânea

Apêndice II

Procedimento Operativo – Colheita de espécimes para análise

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Colheita de espécimes para análise

Data de Emissão: 07/10/2024 Data de Revisão: 31/10/2027

Siglas e Abreviaturas

ULSG - Unidade Local de Saúde da Guarda

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

SClínico® - Plataforma de registos clínicos

Objetivos

- Uniformizar procedimentos de admissão do utente para colheita de espécimes para análise;
- Uniformizar procedimentos de colheita de espécimes para análise;
- Garantir a eficácia organizacional.

Fundamentação

Em qualquer instituição em que se verifique a necessidade de haver mais de que um elemento, a exercer a mesma função, é imprescindível um guia orientador de procedimentos que demonstre uniformização e organização, para que todos saibam como agir. Neste sentido, é importante que todos os assistentes técnicos procedam da mesma forma à receção e agendamento de credenciais para colheita de espécimes para análise, por uma questão de organização institucional e de forma a minimizar o descontentamento e a discrepância entre elementos.

A uniformização das técnicas utilizadas em unidades de colheitas deve ser uma prioridade, uma vez que é nesta fase (fase pré-analítica) que são observados mais erros aleatórios que condicionam a amostra e aumentam os custos de todo o processo.

Torna-se então pertinente existir um manual onde constem todos os procedimentos realizados e que seja de fácil acesso, por forma a desenvolver boas práticas clínicas e uniformização dos procedimentos por parte de todos os enfermeiros envolvidos na colheita de espécimes para análise.

Aplicação

À Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Gouveia.

Responsabilidades

Tabela 1 - Colheita de espécimes

Responsabilidades na colheita de espécimes	
Médico	Identificação inequívoca do utente; Prescrição do Exame; Interpretação dos resultados.
Assistente técnico	Identificação inequívoca do utente; Admissão do utente; Ato de agendamento.
Enfermeiro	Identificação inequívoca do utente; Verificação dos exames solicitados; Identificação das amostras; Intervenção nas condições necessárias para que o utente se sinta cuidado, com o melhor bem-estar possível; Realização da colheita; Conservação de amostras e acondicionamento das amostras; Supervisionar após a colheita de sangue; Promover o autocuidado após a colheita.
Motorista	Transporta as colheitas da unidade para a ULSG; Garante a integridade e a estabilidade do material biológico transportado
Laboratório	Receção das colheitas, execução de exames laboratoriais (biológicos, microbiológicos, imunológicos, bioquímicos, hematológicos, etc); Realização de análises; Interpretação de resultados; Emissão de resultados.

Fonte: Elaboração própria

Procedimento

Assistentes Técnicos

- 1º Receção da credencial, preferencialmente 15 dias antes da data das colheitas;
- 2º Proceder ao agendamento das colheitas: segundas, quartas e sextas-feiras entre as 8h e as 9h;
- 3º Facultar todas as informações necessárias à colheita a realizar (p. ex. tempo de jejum) e fornecer recipiente se houver indicação para colheita de urina (p. ex. sumária, urocultura, urina 24h, expetoração ou fezes);
- 4º Envio da credencial para o secretariado clínico do laboratório da ULSG.

NOTA: Em caso de dúvida relacionada com as colheitas deverá ser validada junto da equipa de enfermagem.

Intervenções de Enfermagem

- 1º Ligar todos os equipamentos: agitador, centrífugador, sistema de rack e leitor de etiquetas;
- 2º Para iniciar as colheitas efetuar admissão no sistema de colheitas;
- 3º Identificação inequívoca do utente;
- 4º Impressão de todas as etiquetas correspondentes às prescrições do utente;
- 5º Validação da identificação do utente com as etiquetas impressas;
- 6º Realização de todas as colheitas, identificando todos os tubos com as respetivas etiquetas impressas e centrifugar de acordo com as indicações expressas na Instrução de Trabalho - Especificidades das- Colheitas (ULSG.UCSPGouv.IT.003);
- 7º Leitura digital das etiquetas e colocação do tubo na respetiva rack;
- 8º Colocação da rack na mala de transporte com os acumuladores de gelo em condições de serem transportadas até ao laboratório da ULSG.

Nota: No caso de um pedido urgente de colheita, as etiquetas deverão ser identificadas manualmente: Nome completo do utente, Número de SNS e Data de Nascimento. Estes tubos deverão ser colocados na rack após esta ser retirada do sistema.

Registos SClínico®

- 1º Identificação inequívoca do utente;
- 2º Abrir contacto;
- 3º Tipo de contacto - Ato de enfermagem;
- 4º Atitudes terapêuticas: Neste contacto (selecionar a correspondente):
 - Colheita de sangue
 - Colheita de sangue p/ estudo de coagulação
 - Colheita de expetoração
 - Colheita de urina: exame sumário
 - Colheita de urina 12 horas
 - Colheita de fezes parasitológico
 - Colheita de fezes: pesquisa sangue oculto
 - **Colheita de exsudado por zaragatoa**
- 5º Descrever em “observações” os tubos colhidos e enviados;

- **6º** Selecionar as intervenções de enfermagem:
 - **Executar:** Posicionar
 - **Cuidar:** Incentivar autocontrolo
Incentivar envolvimento da pessoa
 - **Informar:** Ensinar sobre exame
- **7º** Registo no “Mapa de cuidados”: validar atitude terapêutica e intervenções de enfermagem.

Indicadores

Taxa de % de pedido urgente de colheita = nº de colheitas realizadas como pedido urgente (ano)/Total de colheitas (ano)

Referências Bibliografias

Diário da República (2001) - Despacho n.º 8835/2001 (2.a série) - Manual de Boas Práticas

Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia 07/10/2024	Direção Clínica Enfermeira Diretora 10/10/2024	Versão Inicial	UCSP Gouveia

*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

Anexos

ULSG.UCSPGouv.IT.002.00 - Identificação de tubos de colheitas

ULSG.UCSPGouv.IT.003.00 - Especificidades das Colheitas

Apêndice III

Instrução de trabalho - Identificação de Tubos de Colheita



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Identificação de Tubos de Colheita

Data de Emissão: 07/10/2024

Data de Revisão: 31/10/2027

Tubo Bioquímica (Castanho)



- Ácido fólico
- Ácido úrico
- AFP
- Albumina
- Amílase
- BHCG
- Bilirrubina Dirc
- Bilirrubina Total
- Cálcio
- CEA
- CEA 125
- CEA 15.3
- CEA 19.9
- Ceruloplamina
- Citomegalovírus (CMV) (IgM, IgG)
- CK
- CK-MB
- Cloro
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Colesterol total
- Complementos (C3, C4, CH50)
- Coombs indireto
- Cortisol
- Creatinina
- Digoxina
- EBVIgm
- Eletroforese das proteínas
- Estradiol
- Ferritina
- Ferro
- Fosfatase alcalina
- FSH
- Gama GT
- Glicémia
-
- GoTureia
- GPT
- Hepatite A (HAV)
- Hepatite B (VHB), AgHBs, AgHBc, AgHBe, Ac Anti-HBs, Ac Anti-HBc, Ac Anti-HBe, Ac Anti-HBc IgM
- Hepatite C (HCV, Anti-HCV)
- Hepatite D (VHD)
- Hepatite E (VHE)
- HIV I, HIV II
- Imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG, IgE)
- Ionograma
- Lactatodesidrogenase (LDH)
- LH
- Lípase
- Magnésio
- Mioglobina
- PCR
- Potássio
- Progesterona
- Prolactina
- Proteínas totais
- Prova de tolerância à glicose oral (PTGO)*
- Prova funcional de insulina**
- PSA Rubéola (IgM, IgG)
- PSA total
- Rosa da Widal
- Rosa de bengala
- RPR
- Sódio
- T3
- T3 livre
- T4
- T4 livre
- Testosterona total e livre
- Toxoplasmose (IgM, IgG)
- Transferrina
- Triglicerídeos
- Troponina
- TSH
- Vitamina B12
- Vitamina D
- Widal /HA/TH

Tubo EDTA (Vermelho)



- Amónia***
- Basófilos
- BNP
- Eosinófilos
- GB
- Grupo sanguíneo (+ bioquímica)
- GV
- HBA1C (2 EDTA)
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma
- Velocidade de sedimentação
- Volume globular médio
- Linfócitos
- Linfócitos atípicos
- Mioglobina
- Monócitos
- Neutrófilos
- Neutrófilos em bastão
- Plaquetas
- Pro BNP****
- Provas de compatibilidade (+ bioquímica)
- Reticulócitos (2 EDTA)
- Troponina

Tubo Citrato de Sódio (Verde)



- Anticoagulante lúpico
- Anti-Trombina III (2 citrato de sódio)
- APTT
- Caolina
- D-Dímeros (PDF)
- Fatores de coagulação (II, V,
- Fibrinogénio
- INR
- Protombinémia
- Tempo de cefalina (PTT)
- Tempo de Protrombina (TP)
- Tempo de trombina
- Teste Quick
- TP Controlo

Tubo Neutro (Branco)



Tubo Citrato de Sódio (Roxo)



- Velocidade de sedimentação (VS)

Nota: Caso não haja **tubo citrato de sódio**, pode ser colhido em **tubo de EDTA**.

Tubo Homocysteine HCY 9NC (Cor de rosa)



- Homocisteína

Tubo ThromboExact (Bordô)



- Tromboexact

Tubo Fluoride EDTA FE (Amarelo)



- Glucose
- Lactato

Tubo de Soro Isento de Metais



- Cobre plasmático
- Chumbo plasmático

Tubo Urine Z (Amarelo)



- Microalbuminúria *****
- Sumária de urina
- Urocultura*****

Ordem de colheita

Distribua o sangue sempre em primeiro lugar para o tubo seco e só depois para os outros tubos, para evitar possíveis contaminações com os anticoagulantes.

A ordem recomendada :

1º - Tubo bioquímica

2º - Tubo com citrato de sódio

3º - Tubo com EDTA

Nota:

- Centrifugar as amostras colhidas nos tubos de bioquímica, citrato de sódio, amónia, pro BNP, homocisteína e lactato.
- Quando solicitado IMUNO SORO realizar a colheita no tubo de bioquímica.
- Quando a prescrição incluir apenas pedido de coagulação, devem ser colhidos dois tubos de citrato de sódio. Só o segundo tubo colhido deve ser enviado para o laboratório, o primeiro deve ser desperdiçado.

Em caso de dúvida contactar laboratório da ULS Guarda:

Administrativo: 271 200 477

Técnicos:

- 271 200 471
- 271 200 472
- 271 200 473

Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia 07/11/2024	Direção Clínica Enfermeira Diretora 27/11/2024	Versão inicial	UCSP Gouveia

*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

Apêndice IV

Instrução de trabalho - Especificidades das Colheitas



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Especificidades das- Colheitas

Data de Emissão: 07/10/2024 Data de Revisão:31/10/2027

* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Grávidas

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/300 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 60 min;
- 4º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 5º Centrifugar as amostras.

Nota: Este tipo de análise deve ser realizado entre as 24 e as 26 semanas de gestação. Em caso de não tolerância do produto ingerido deve repetir análise após uma semana.

* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Adultos

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 4º Centrifugar as amostras.

** Prova Funcional de Insulina

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min.
- 4º Centrifugar as amostras.

*** Colheita de amónia

- 1º Colher **duas** amostras de sangue para **dois tubos EDTA**;
- 2º Centrifugar as **duas** amostras;
- 3º Transferir o plasma das **duas** amostras com uma pipeta para **dois tubos neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as **quatro** amostras identificadas.

**** Pró BNP

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as duas amostras identificadas.

***** Microalbuminuria

1º Colher amostra de urina da 2ª urina da manhã;

Sugestão: No ato da colheita solicitar ao utente recolha de urina para recipiente próprio.

***** Urocultura

1º Explicar o procedimento ao utente:

- Sexo Masculino: Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.
- Sexo Feminino: Lavar só com água cuidadosamente os genitais externos de frente para trás. Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.

Se possível colher a primeira urina da manhã.

2º Fornecer contentor asséptico de urina ao utente;

3º Colher amostra de urina para **dois tubos de urina**;

4º Enviar para o laboratório as **duas** amostras devidamente identificadas.

Nota: Caso a utente realize a colheita de urina na UCSP deve ser disponibilizado soro em dose individual e compressas esterilizadas para proceder à higienização dos genitais externos.

Plasma - LAB - Plasma EDTA

1º Colher amostra de sangue para **Tubo EDTA**;

2º Centrifugar a amostra;

3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;

4º Enviar para o laboratório as **duas** amostras identificadas.

Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH)

1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;

2º Centrifugar a amostra;

3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;

4º Colocar em saco com gelo o **tubo neutro**;

5º Enviar para o laboratório as **duas** amostras identificadas.

Metanefrinas

- 1º Colher **quatro** amostras de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar as **quatro** amostras;
- 3º Transferir o plasma das **quatro** amostras com uma pipeta para quatro **tubos neutros**;
- 4º Enviar para o laboratório as **oito** amostras identificadas.

Teste IGRA QuantiFERON®-TB GOLD Plus



1. Controlo “Nil” (Tampa cinzenta)
2. Antígeno TB1 (Tampa verde)
3. Antígeno TB2 (Tampa amarela)
4. Controlo Mitogénio (Tampa roxa)

- ✓ 1º Colheita, por punção venosa, de 1 ml de sangue para cada um dos tubos;
- ✓ 2º Como o sistema de vácuo dos tubos extrai o sangue relativamente devagar, manter a agulha no tubo durante mais 2-3 segundos depois de o nível de sangue parecer ao nível da marca do tubo. A marcação preta no tubo indica o volume de enchimento pretendido de 1 ml;
- ✓ 3º Misturar os tubos por inversão 10 vezes para garantir que toda a superfície interna do tubo entra em contacto com o sangue. A formação de espuma ou a hemólise não afetam o teste.

Não centrifugar nem refrigerar a amostra e enviar para o laboratório no mesmo dia.

Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia 07/11/2024	Direção Clínica Enfermeira Diretora 27/11/2024	Versão inicial	UCSP Gouveia

*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

Apêndice V
Infografia

EDTA



- Amónia
- Basófilos
- Eosinófilos
- Grupo sanguíneo (+ bioquímica)
- HBAIC (2 EDTA)
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma
- Linfócitos
- Linfócitos atípicos
- Mioglobina
- Monócitos
- Neutrófilos
- Plaquetas
- Pro BNP
- Velocidade de sedimentação
- Volume globular médio

THROMBOEXACT



- Tromboexact

TUBO DE SORO ISENTO DE METAIS



- Cobre plasmático
- Chumbo plasmático

CITRATO DE SÓDIO



- INR
- Tempo de Protrombina (TP)
- Fatores de coagulação (II, V, VIII...) (2 tubos)

COLHEITAS DE SANGUE

HOMOCISTEÍNA



- Homocisteína

CITRATO DE SÓDIO



- Velocidade de sedimentação (VS)

BIOQUÍMICA



- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Ácido fólico · Ácido úrico · Albumina · BHCg · Bilirrubina Dirc · Bilirrubina Total · Cálcio · Citomegalovírus (CMV) · Cloro · Colesterol HDL · Colesterol LDL · Colesterol total | <ul style="list-style-type: none"> · Coombs indireto · Creatinina · Digoxina · Ferritina · Ferro · Fosfatase alcalina · FSH · Gama GT · Glicémia · GPT · Hepatite A (HAV) | <ul style="list-style-type: none"> · Hepatite B (VHB) · Hepatite C (HCV, Anti-HCV) · Hepatite D (VHD) · Hepatite E (VHE) · HIV I, HIV II · Imunoglobulinas · Ionograma · Lactatodesidrogenase (LDH) · LH · Magnésio | <ul style="list-style-type: none"> · Mioglobina · PCR · Potássio · Progesterona · Prolactina · Proteínas totais · Prova de tolerância à glicose oral (PTGO) · Prova funcional de insulina · PSA Rubéola (IgM, IgG) · PSA total · Sódio | <ul style="list-style-type: none"> · T3 · T3 livre · T4 · T4 livre · Testosterona total e livre · Toxoplasmose (IgM, IgG) · Transferrina · Triglicéridos · Troponina · TSH · Vitamina B12 · Vitamina D |
|--|--|---|---|--|

OUTRAS PRESCRIÇÕES PODEM SER CONSULTADAS NO PROCEDIMENTO OPERATIVO: COLHEITA DE ESPECIMENS PARA ANÁLISE

Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar: Ana Rita Galvão e Andreia Mendes

Apêndice VI
Guia Orientador Registos na UCSP de Gouveia



Guia Orientador

Registos na UCSP de Gouveia

Introdução

Os registos de enfermagem são uma componente essencial do processo de cuidados, desempenhando um papel crucial na justificação dos cuidados prestados e dos ganhos em saúde atingidos. Quando integrados em sistemas de informação, como o SClínico, os registos, tornam-se particularmente relevantes na continuidade e qualidade dos cuidados, além de contribuírem para a gestão de recursos, gestão de processos e tomada de decisão.

Considera-se por estes factos que os registos são parte integrante do processo, constituindo um instrumento de trabalho essencial.

A sociedade de tecnologia de informação torna-se uma realidade marcante com impacto na prestação de cuidados com benefícios, como a obtenção de informação mais organizada, acessível, maior segurança na prescrição de medicação facilitando o processo comunicacional e assegurando a confidencialidade do processo clínico

Com introdução de uma linguagem comum, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), terminologia da prática proposta em 1989 pelo International Council of Nurses (ICN), são desenvolvidos os catálogos CIPE, tornando-se uma referência para a melhoria na segurança da qualidade dos serviços prestados. Esta linguagem classificada e o seu processo de concetualização permitem codificar diagnósticos de enfermagem e intervenções de acordo com o programa de saúde associado.

O contributo que a Enfermagem tem tido na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, é verificado no impacto dos ganhos de saúde das populações.

Torna-se por isso, essencial uniformizar registos clínicos e criar guias orientadores, que sejam documentos de rápido e fácil acesso padronizado para os enfermeiros, garantindo que todos os profissionais sigam as mesmas diretrizes e práticas ao documentar os cuidados prestados.

A UCSP de Gouveia construiu este guia orientador de boa prática dos registos, utilizando a parametrização do sistema SClínico®, que correspondem à generalidade das consultas realizadas no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde, direcionando-se às áreas de atenção prioritárias na UCSP de Gouveia.

Consultas de Enfermagem

I. Hipertensão Arterial

- Associar o utente ao Programa P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão Arterial
- Consulta de enfermagem - **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico - **Anual**
- Avaliar risco de diabetes tipo 2 (> 18 anos): **3/3 anos**
- Uso de álcool e Tabaco: Avaliar e monitorizar (> 14 anos): **3/3 anos**
- Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional: **Anualmente**

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão Arterial (Ativar foco)	*	Monitorizar: Altura Peso corporal IMC Perímetro Abdominal Frequência Cardíaca Tensão Arterial
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	Administrar vacina Avaliar adesão à vacinação Ensinar sobre resposta/reacção à vacina Planear vacinação Vigiar resposta/reacção à vacina
Gestão do Regime Terapêutico	Avaliar gestão do regime terapêutico	Avaliar gestão do regime terapêutico: Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso Avaliar capacidade para gerir regime de exercício Avaliar capacidade para gerir regime dietético Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso Avaliar conhecimento sobre regime de exercício Avaliar conhecimento sobre regime dietético
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	Monitorizar uso de álcool Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	Monitorizar uso de tabaco Avaliar uso de tabaco
Ingestão Nutricional	Avaliar ingestão nutricional	Avaliar ingestão nutricional Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional O IMC é < 20,5? O doente perdeu peso nos últimos 3 meses? O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana? O doente está gravemente doente?

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

II. Diabetes

- Associar o utente ao P. N. Diabetes
- Consulta de vigilância da diabetes - **Semestral**
- Hemoglobina glicada - **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico - **Anual**
- Avaliar Risco de Úlcera Diabética: - Elevado: **Trimestral**
- Moderado: **Semestral**
- Reduzido: **Anual**

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
<p>Diabetes (Ativar foco)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metabolismo energético 	<p>Avaliar Diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Perímetro Abdominal - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial - Glicémia capilar - Hemoglobina glicada
<p>Hipertensão arterial (Ativar foco)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Perímetro Abdominal - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial
<p>Adesão à vacinação</p>	<p>Avaliar adesão à vacinação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reação à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reação à vacinação
<p>Gestão do Regime Terapêutico</p>	<p>Avaliar gestão do regime terapêutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar gestão do regime terapêutico: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para gerir

		<p>regime medicamentoso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar capacidade para gerir regime de exercício - Avaliar capacidade para gerir regime dietético • Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso • Avaliar conhecimento sobre regime de exercício • Avaliar conhecimento sobre regime dietético
Úlcera	Avaliar risco de úlcera diabética	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética • Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de álcool

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

III. Planeamento Familiar

- Associar o P.N.S.R. e Planeamento Familiar a todas as mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos).
- Consulta de enfermagem - **Anual**
- **Medicação prescrita:** Registo do método contraceptivo utilizado
- **Mulheres com idade [25 e os 65]:**
 - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina - **3/3 anos**
 - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido - **5/5 anos**
 - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR - **5/5 anos**

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Sem/Com)	*	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Perímetro Abdominal - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial
Planeamento Familiar	Avaliar planeamento familiar (com ou sem planeamento familiar comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar planeamento familiar • Ensinar sobre planeamento familiar • Incentivar comportamento de adesão ao RCCU
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reacção à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reacção à vacina
Auto-vigilância	Avaliar auto-vigilância	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama • Avaliar capacidade para a auto-vigilância da mama
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar adesão ao rastreio • Incentivar comportamento de adesão
Uso de contraceptivos	Avaliar uso de contraceptivos (com ou sem uso de contraceptivos comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar uso de contraceptivos • Providenciar contraceptivos • Dar preservativos (se aplicável)
Menstruação	Avaliar conhecimento sobre menstruação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre menstruação
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: seleccionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

IV. Rastreio Cancro do Colo do Útero

- Associar o utente ao P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Colo do Útero a todas as mulheres dos **25 aos 64 anos de idade**.
- **Mulheres com idade [25 e os 65] anos:**
 - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina - **3/3 anos**
 - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido - **5/5 anos**
 - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR - **5/5 anos**

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Perímetro Abdominal - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reacção à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reacção à vacina
Auto-vigilância	Avaliar autovigilância da mama	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama • Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar adesão ao rastreio • Incentivar comportamento de adesão
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

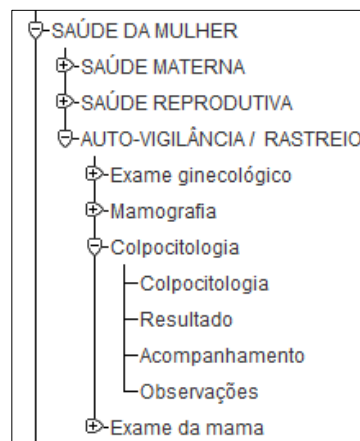
*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

NOTA:

- ✓ PRESCRIÇÕES> ATITUDES TERAPÊUTICAS> COLPOCITOLOGIA
- ✓ Registrar colpocitologia e retirar o consentimento informado no Siima Rastreio.
- ✓ Se a colpocitologia for efetuada em mulheres com idade fora do intervalo elegível para rastreio, a amostra é enviada para o laboratório da ULS Guarda.
- ✓ Registrar colpocitologia na AVALIAÇÃO INICIAL:
 1. Saúde da Mulher
 2. Auto Vigilância/Rastreio
 3. Colpocitologia (colocar ✓ e gravar)

V. Saúde Materna

- Associar a utente ao P.N.S.R. Saúde Materna, é obrigatório registar a DUM e consumo de tabaco;
- Realizar pelo menos **5 consultas de enfermagem**, incluindo a revisão do puerpério.
- Grávidas fumadoras - realizar a intervenção de aconselhamento, no 1º trimestre, intervenção breve ou muito breve.



Fonte: Display SClínico®

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Gravidez	Avaliar gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC (1ª consulta) - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial - Perímetro abdominal - Parâmetros Urina - Altura uterina - Monitorizar idade gestacional
Adaptações à Gravidez	Avaliar adaptações à gravidez Avaliar conhecimento sobre gravidez	*
Amamentar	Avaliar conhecimento sobre amamentação	Avaliar conhecimento sobre amamentação
Trabalho de parto	Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto	Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto
Uso de substâncias	Avaliar uso de substâncias Avaliar conhecimento sobre uso de substâncias	*
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reacção à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reacção à vacina
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: seleccionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

1ª Consulta - Antes das 12 semanas (1º trimestre)

- Avaliação Inicial: Na saúde da mulher preencher a história obstétrica
- Agendar rastreio bioquímico e 1ª ecografia até às 12 semanas

Restantes consultas:

- cada 4 a 6 semanas até às 30 semanas
 - cada 2 a 3 semanas entre as 30 e as 36 semanas
 - cada 1 a 2 semanas entre as 36 semanas e o parto
-
- 6 consultas de Saúde Materna obrigatórias
 - Vacina Tdpa - entre as 20 e as 36 semanas (idealmente às 32 semanas)
 - Imunoglobulina anti-D - 28 semanas (Todas as grávidas com grupo sanguíneo Rh negativo)
 - PTGO - entre as 24 e as 28 semanas

VI. Puerpério

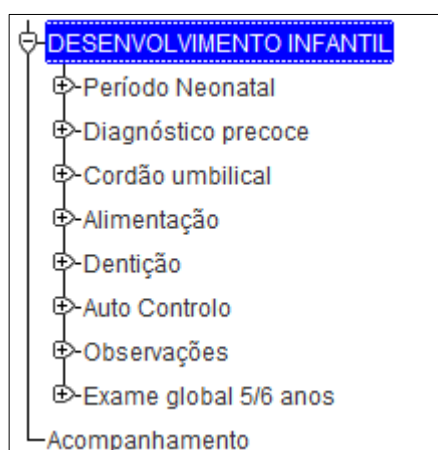
- Dar termo ao P.N.S.R. Saúde Materna
- Associar a utente ao P.N.S.R. Puerpério
- Primeira consulta de enfermagem de revisão do puerpério, entre o fim da gravidez e o 42º dia de puerpério (4-6 semanas após o parto)
- Avaliação Inicial - preencher dados do parto
- Após esta consulta dar termo ao P.N.S.R. Puerpério

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Perímetro Abdominal - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial
Hemorragia	Avaliar hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar hemorragia
Mama (ingurgitamento, mastite)	Avaliar o mamar	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o tipo de amamentação/aleitamento
Mastite de lactação	Avaliar mastite de lactação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar mastite de lactação
Ingurgitamento mamário	Avaliar ingurgitamento mamário	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ingurgitamento mamário
Amamentar	Avaliar o amamentar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o amamentar
Papel parental	Avaliar o papel parental	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o papel parental • Avaliar conhecimento da mãe ou pai para tomar conta
Aprendizagem de habilidades	Avaliar aprendizagem de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre alimentação • Ensinar sobre saúde oral
Uso de contraceptivo	Avaliar uso de contraceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar uso de contraceptivos • Providenciar contraceptivo
Ferida cirúrgica	Avaliar ferida cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida cirúrgica • Executar tratamento à ferida cirúrgica • Vigiar penso da ferida cirúrgica • Vigiar líquido de drenagem (se aplicável)
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reacção à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reacção à vacina
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

VII. Saúde Infantil/Juvenil

- Associar o utente ao P.N.S.I.J. Saúde Infantil
- **A partir dos 13 anos dar termino ao programa de saúde infantil e inserir o programa de saúde juvenil**
- Na primeira consulta, até ao 7º dia, registar data do teste do pezinho na avaliação inicial
- Diagnóstico precoce até ao 6º dia de vida (Avaliação inicial ou na Atitude Terapêutica, se for realizado nessa consulta)
- Planear consulta de acordo com a periodicidade do PNSIJ: 7 dias; 28 dias; 2M; 4M; 6M; 9M; 12M; 15M; 18M; 2A; 3A; 4A; 5A; 7A; 8A; 10A; 12A; 15-18A;
- **Até aos 12 meses:**
 - < 28 dias, 1, 2, 4, 6, 9 meses
 - Avaliar o desenvolvimento psicomotor, preenchendo a Escala de Sheridan aos: **4 a 6 semanas, 3, 6, 9, 12, 18 e 24 meses, 3, 4 e 5 anos**
 - PNV cumprido
- **2º ano de vida:** pelo menos 3 consultas médicas e de enfermagem (12, 15, 18 meses), pelo menos um registo de avaliação Sheridan e PNV cumprido
- **Registo de aleitamento:** GooPortal → Estatística → Aleitamento Materno → Novo Registo (Avaliação a realizar nos dias de vacinação + consulta dos 2 anos)
- **5/6 anos:** exame global de saúde - Preencher na avaliação inicial
- **7 anos:** ter consulta com registo de peso, altura e IMC e PNV atualizado
- **10/13 anos:** exame global de saúde e PNV atualizado
- **15 anos:** ter consulta com registo de IMC nos últimos 3 anos e PNV atualizado: avaliar uso de tabaco e álcool. Nas raparigas associar o P.N.S.R.



Fonte: Display SClínico®

- Preencher na avaliação inicial, os campos da saúde infantil aplicáveis a cada consulta:

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Desenvolvimento Infantil	Avaliar conhecimento da mãe e/ou pai sobre desenvolvimento infantil Avaliar desenvolvimento Infantil e juvenil (nas idades preconizadas)	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Tensão Arterial (≥ 3 anos) - Perímetro Cefálico (≤ 3 anos) • Avaliar dentição (se aplicável) • Avaliar audição • Ensinar pai e mãe sobre alimentação
Papel parental	Avaliar o papel parental	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) • Avaliar papel parental
Vinculação	Avaliar comportamentos de vinculação Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a vinculação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comportamento de vinculação (0-3 meses; 4-6 meses; 17-24 meses; 23-36 meses e 3 anos) • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a vinculação • Monitorizar depressão pós-parto
Cólica	Avaliar cólica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para prevenir cólica • Avaliar cólica • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor
Conforto	Avaliar conforto (criança)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conforto (criança) • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre conforto
Precaução de segurança	Avaliar precaução de segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar precaução de segurança • Executar medidas de segurança • Gerir medidas de segurança
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reacção à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reacção à vacina
Mamar	Avaliar o mamar (se aplicável)	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir no amamentar/mamar • Avaliar o mamar • Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre alimentação • Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre o mamar • Estimular o mamar • Instruir a mãe e (ou) pai a alimentar • Treinar a amamentar

		<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar reflexo de sucção
Eritema de fraldas	Avaliar eritema da fralda	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de eritema de fraldas • Avaliar eritema de fraldas • Avaliar pele
Erução	Avaliar eructação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar eructação • Promover eructação
Sucção	Avaliar sucção	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para estimular a sucção • Avaliar sucção • Vigiar reflexo de sucção
Febre	Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre febre	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre febre • Ensinar a mãe e(ou) o pai a avaliar a temperatura corporal
Sono	Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a sono Avaliar sono	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono • Avaliar sono
Encoprese	Avaliar encoprese	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar encoprese
Maturação	Avaliar maturação masculina/feminina	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar maturação masculina/feminina (15 anos) • Estimular desenvolvimento infantil
Uso de Tabaco (≥14 anos)	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar uso de tabaco • Monitorizar uso de tabaco
Uso de Álcool (≥14 anos)	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar uso de álcool • Monitorizar uso de álcool

***Intervenções de Enfermagem:** selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

NOTA: - Preencher Cuidados Antecipatórios (C. Antecipatórios)

- Avaliar parâmetros nas idades chave (P. a Avaliar)
- Avaliar Escala Sheridan (até aos 5 anos)

VIII. Rastreio Cancro do Cólon e Reto

- Associar P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Cólon e Reto aos utentes com idades [50 e os 75 [anos
- Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) - 2/2 anos
- **Crítérios de exclusão:**
 - Ter pelo menos um resultado de rectosigmoidoscopia, nos últimos 5 anos;
 - Ter pelo menos um resultado de colonoscopia nos últimos 10 anos.

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Perímetro Abdominal - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reação à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reação à vacina
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar adesão ao rastreio • Incentivar comportamento de adesão
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

NOTA:

Atitude terapêutica: - Colheita para PSOF

- **Intervenção de enfermagem:** - Instruir para colheita de fezes

SIIMA RASTREIO - Entrega de Kit:

- Selecionar o utente para rastreio
- Marcar rastreio para equipa de enfermagem ou para o médico respetivo
- Agendar para o dia
- Entregar kit

Receção de Kit:

- Rececionar Kit
- Imprimir mapa de Kits
- Enviar o kit e o mapa ao laboratório de saúde pública da ULS Guarda

IX. Idoso

- Associar P.N. Saúde das Pessoas Idosas

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> - Altura - Peso corporal - IMC - Perímetro Abdominal - Frequência Cardíaca - Tensão Arterial
Envelhecimento feminino Envelhecimento masculino	Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/ masculino	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/ masculino.
Aceitação do estado de saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar aceitação do estado de saúde
Autocuidado	Avaliar o AUTO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o AUTO CUIDADO
Queda	Avaliar risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de queda
Úlcera de Pressão	Avaliar risco de úlcera de pressão	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de úlcera de pressão
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reação à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reação à vacina
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

X. Vacinação

- Plano Nacional de Vacinação cumprido nas idades recomendadas

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao Diagnóstico
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reação à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reação à vacina
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

XI. Tratamentos

- Associar o utente ao Programa Tratamento de Feridas/Úlceras

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Ferida Ferida Cirúrgica Ferida Traumática Quei- madura Escoriação Incisão Contusão Laceração Úlcera Úlcera Venosa Úlcera Arterial Úlcera de Pressão	Avaliar ferida, ferida cirúrgica ou traumática, queimadura, escoriação, incisão, contusão, laceração, úlcera, úlcera veno- sa, úlcera arterial ou úlcera de pressão	Adaptar a cada tipo de ferida <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida • Executar tratamento à ferida • Vigiar penso da ferida • Vigiar líquido de drenagem (se aplicável)
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reacção à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reacção à vacina
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

XII. Adulto

- Associar o utente ao programa Saúde do Adulto

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar adesão ao rastreio • Incentivar comportamento de adesão
Envelhecimento feminino Envelhecimento masculino	Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/masculino	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/masculino • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
Aceitação do estado de saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar aceitação do estado de saúde
Menopausa	Avaliar conhecimento sobre menopausa	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre menopausa • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
Auto-vigilância	Avaliar auto-vigilância	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama • Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reação à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reação à vacina
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de tabaco

*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

XIV. Colheita de espécimes

Atitude terapêutica:

- Colheita de sangue
- Colheita de sangue p/ estudo de coagulação
- Colheita de expetoração
- Colheita de urina: exame sumário
- Colheita de urina 12 horas
- Colheita de fezes parasitológico
- Colheita de fezes: pesquisa sangue oculto
- Colheita de exsudado por zaragatoa

- **Intervenções:**

- **Executar:** Posicionar
- **Cuidar:** Incentivar autocontrolo
Incentivar envolvimento da pessoa
- **Informar:** Ensinar sobre exame

Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia	Direção Clínica Enfermeira Diretora	Versão Inicial	UCSP Gouveia

*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante

Apêndice VII
Apresentações da Formação em Serviço

Guia Orientador para a Qualidade dos Registos da UCSP de Gouveia

Apresentação por
Ana Rita Oliveira Galvão
Andreia Filipa Correia Mendes



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Caso clínico

- Sexo feminino
- Data de nascimento: 25/08/1974 (49 anos)
- Antecedentes pessoais: diabetes tipo 2 e hipertensão arterial
- Era imigrante em França e inscreveu-se como utente na UCSP de Gouveia recentemente
- No dia 31/07 dirige-se à primeira consulta com a sua equipa de família

- Quais são os focos e os diagnósticos a definir e as intervenções de enfermagem a realizar?

Programas Ativos

- P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão Arterial
- Saúde do Adulto
- P. N. Diabetes
- P.N.S.R. e Planeamento Familiar
- P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Colo do Útero
- P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

Hipertensão Arterial

- Associar o utente ao Programa P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão Arterial
- Consulta de enfermagem – **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico – **Anual**
- Avaliar risco de diabetes tipo 2 (> 18 anos): **3/3 anos**
- Uso de álcool e Tabaco: Avaliar e monitorizar (> 14 anos): **3/3 anos**
- Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional: **Anualmente**

Diabetes

- Associar o utente ao P. N. Diabetes
- Consulta de vigilância da diabetes – **Semestral**
- Hemoglobina glicada – **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico – **Anual**
- Avaliar Risco de Úlcera Diabética: - Elevado: **Trimestral**
- Moderado: **Semestral**
- Reduzido: **Anual**

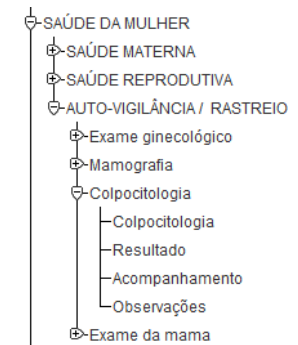
Planeamento Familiar

- Associar o P.N.S.R. e Planeamento Familiar a todas as mulheres em idade fértil (**dos 15 aos 49 anos**).
- Consulta de enfermagem – **Anual**
- Medicação prescrita: Registo do método contraceptivo utilizado
- Mulheres com idade **[25 e os 65]:**
 - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina – **3/3 anos**
 - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido – **5/5 anos**
 - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR – **5/5 anos**

Rastreio do Cancro do Colo do Útero



- Associar o utente ao P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Colo do Útero a todas as mulheres dos **25 aos 64 anos de idade**.
- **Mulheres com idade [25 e os 65[anos:**
 - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina – **3/3 anos**
 - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido – **5/5 anos**
 - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR – **5/5 anos**
- **Registos:** PRESCRIÇÕES > ATITUDES TERAPÊUTICAS > **COLPOCITOLOGIA**
- **Siima Rastreio:** Registrar colpocitologia e retirar o consentimento informado
- Registrar colpocitologia na **AVALIAÇÃO INICIAL:**
 1. Saúde da Mulher
 2. Auto Vigilância/Rastreio
 3. Colpocitologia (colocar ✓ e gravar)
- Se a colpocitologia for efetuada em mulheres com idade fora do intervalo elegível para rastreio, a amostra é enviada para o laboratório da ULS Guarda.



Rastreio do Cancro do Cólon e Reto



- Associar P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Cólon e Reto aos utentes com idades [50 e os 75] anos.
- Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) – 2/2 anos
- **Critérios de exclusão:**
 - Ter pelo menos um resultado de rectosigmoidoscopia, nos últimos 5 anos;
 - Ter pelo menos um resultado de colonoscopia nos últimos 10 anos.
- **Registos:** PRESCRIÇÕES > ATITUDES TERAPÊUTICAS > **COLHEITA PARA PSOF**
 - **Intervenção de enfermagem:** - Instruir para colheita de fezes
- **SIIMA RASTREIO:**
 - Entrega de Kit:**
 - Selecionar o utente para rastreio
 - Marcar rastreio para equipa de enfermagem ou para o médico respetivo
 - Agendar para o dia
 - Entregar kit.
 - Receção de Kit:**
 - Rececionar Kit
 - Imprimir mapa de Kits
 - Enviar o kit e o mapa ao laboratório de saúde pública da ULS Guarda

Focos de Atenção Comuns

Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar vacina • Avaliar adesão à vacinação • Ensinar sobre resposta/reação à vacina • Planear vacinação • Vigiar resposta/reação à vacinação
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de álcool • Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar uso de tabaco • Avaliar uso de álcool

Hipertensão Arterial



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Hipertensão Arterial	*	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar:<ul style="list-style-type: none">- Altura- Peso corporal- IMC- Perímetro Abdominal- Frequência Cardíaca- Tensão Arterial
Ingestão Nutricional	Avaliar ingestão nutricional	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar ingestão nutricional• Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional<ul style="list-style-type: none">- O IMC é < 20,5?- O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?- O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?- O doente está gravemente doente?
Gestão do Regime Terapêutico	Avaliar gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar gestão do regime terapêutico:<ul style="list-style-type: none">- Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso- Avaliar capacidade para gerir regime de exercício- Avaliar capacidade para gerir regime dietético• Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso• Avaliar conhecimento sobre regime de exercício• Avaliar conhecimento sobre regime dietético

Diabetes



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Diabetes	Avaliar diabetes	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar:<ul style="list-style-type: none">- Altura- Peso corporal- IMC- Perímetro Abdominal- Frequência Cardíaca- Tensão Arterial- Glicémia capilar- Hemoglobina glicada
Úlcera	Avaliar risco de úlcera diabética	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética• Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento
Gestão do Regime Terapêutico	Avaliar gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar gestão do regime terapêutico:<ul style="list-style-type: none">- Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso- Avaliar capacidade para gerir regime de exercício- Avaliar capacidade para gerir regime dietético• Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso• Avaliar conhecimento sobre regime de exercício• Avaliar conhecimento sobre regime dietético

Planeamento Familiar

Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Planeamento Familiar	Avaliar planeamento familiar (com ou sem planeamento familiar comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar planeamento familiar • Ensinar sobre planeamento familiar • Incentivar comportamento de adesão ao RCCU
Auto-vigilância	Avaliar auto-vigilância	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama • Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar adesão ao rastreio • Incentivar comportamento de adesão
Uso de contraceptivos	Avaliar uso de contraceptivos (com ou sem uso de contraceptivos comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar uso de contraceptivos • Providenciar contraceptivos • Dar preservativos (se aplicável)

Planeamento Familiar (cont)

Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Menstruação	Avaliar conhecimento sobre menstruação	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar conhecimento sobre menstruação
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar risco de diabetes tipo 2

Rastreo do Cancro do Colo do Útero



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar:<ul style="list-style-type: none">- Altura- Peso corporal- IMC- Perímetro Abdominal- Frequência Cardíaca- Tensão Arterial
Auto-vigilância	Avaliar auto-vigilância da mama	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama• Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar adesão ao rastreio• Incentivar comportamento de adesão
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar risco de diabetes tipo 2

Rastreamento do Câncer do Cólon e Reto



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar:<ul style="list-style-type: none">- Altura- Peso corporal- IMC- Perímetro Abdominal- Frequência Cardíaca- Tensão Arterial
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar adesão ao rastreio• Incentivar comportamento de adesão
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar risco de diabetes tipo 2

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Colheita de espécimens para análise

Apresentação por
Ana Rita Oliveira Galvão
Andreia Filipa Correia Mendes



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Introdução

- Em qualquer instituição em que se verifique a necessidade de haver mais de que um elemento, a exercer a mesma função, é imprescindível um guia orientador de procedimentos que demonstre uniformização e organização, para que todos saibam como agir.
- A uniformização das técnicas utilizadas em unidades de colheitas deve ser uma prioridade, uma vez que é nesta fase (fase pré-analítica) que são observados mais erros aleatórios que condicionam a amostra e aumentam os custos de todo o processo.

Objetivos

- Uniformizar procedimentos de admissão do utente para colheita de espécimens para análise;
- Uniformizar procedimentos de colheita de espécimens para análise;
- Garantir a eficácia organizacional;



Responsabilidades

- **Médico** – Prescrição do exame
- **Assistente técnico** – Ato de agendamento e admissão do utente
- **Enfermeiro** – Realização e acondicionamentos das colheitas
- **Motorista** – Realização do transporte até ao laboratório da ULS da Guarda
- **Laboratório** – Realização da análise

Procedimentos

Assistentes Técnicos

- 1º Receção da credencial, preferencialmente 15 dias antes da data da colheita;
- 2º Proceder ao agendamento da colheita: segundas, quartas e sextas-feiras entre as 8h e as 9h;
- 3º Facultar todas as informações necessárias à colheita a realizar (p. ex. tempo de jejum) e fornecer recipiente se houver indicação para colheita de urina (p. ex. sumária, urocultura ou urina 24h);
- 4º Envio da credencial para o secretariado clínico do laboratório da ULS Guarda.

NOTA: Em caso de dúvida relacionada com as colheitas deverá ser validada junto da equipa de enfermagem.

Procedimentos

Intervenções de Enfermagem

- 1º Ligar todos os equipamentos: agitador, centrifugador, sistema de rack e leitor de etiquetas;
- 2º Efetuar admissão no sistema de colheitas;
- 3º Identificação inequívoca do utente;
- 4º Impressão de todas as etiquetas correspondentes às prescrições do utente;
- 5º Validação da identificação do utente com as etiquetas impressas;
- 4º Realização de todas as colheitas, identificando todos os tubos com as respetivas etiquetas impressas e centrifugar de acordo com as indicações expressas no **procedimento operativo - Colheita de espécimens para análise**;
- 5º Leitura digital das etiquetas e colocação do tubo na respetiva rack;
- 6º Colocação da rack na mala de transporte com os acumuladores de gelo em condições de serem transportadas até ao laboratório da ULS da Guarda.

Procedimentos

- **Nota:** No caso de um pedido urgente de colheita, as etiquetas deverão ser identificadas manualmente:
 - Nome do utente
 - Número de SNS
 - Data de Nascimento

Estes tubos deverão ser colocados na rack após esta ser retirada do sistema.



Registos SClinico

1º Identificação inequívoca do utente



SClinico - Consulta de Enfermagem Enf.

29-07-2024

CONTACTOS UTENTES FAMÍLIAS

Enfermeiro Sala 006-Sala de colheitas Agendados Realizados Anulados

CM	H. Ag	H. Adm	Estado	Processo	Referente a	Idade	Consulta	Tipo	Sala	Local	Enf. Cons.	H. Effect	NP	P	C
	08:00		Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade		08:00			
	08:01	08:02	Em espera				Acto de Enfe	U	006	Unidade		08:01			
	08:29	08:31	Em espera				Acto de Enfe	U	006	Unidade		08:29			
	08:49	08:50	Em espera				Acto de Enfe	U	006	Unidade		08:49			
	09:00		Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade		09:00			
	09:30		Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade		09:30			
	09:45		Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade		09:45			

NOTAS/TAREFAS DIA

MENSAGENS INTERNAS

Nova Mensagem < 0 / 0 >

SM PF RO DM SU HTA Vigiado Não vigiado Total: 7

CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS

ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS

4º Atitudes terapêuticas: Neste contacto (selecionar a correspondente)



Prescrições Médicas

Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome: _____ Activa Total

Medicação **Atitudes Terapêuticas**

ATITUDES TERAPÊUTICAS PRESCRITAS

Prescrição médica

Atitude Terapêutica	Data	Hora	Data	Hora	Dias
colheita	29-07-2024	09:34			

Início _____

Horário
 Neste Contacto Todos os Contactos
 Próximo Contacto Dia/Hora Fixa
 Por Programa

Nº Contacto _____

Standard Termo Intervenções

Lista de Atitudes Terapêuticas

Enc. colheita DE %

- Atitude Terapêutica
- COLHEITA DE EXPECTORAÇÃO**
- COLHEITA DE EXSUDADO POR ZARAGATOÁ
- COLHEITA DE FEZES PARASITOLÓGICO
- COLHEITA DE FEZES: PESQUISA DE SANGUE OCULTO
- COLHEITA DE SANGUE
- COLHEITA DE SANGUE P/ ESTUDO DE COAGULAÇÃO
- COLHEITA DE SANGUE P/ ESTUDO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE
- COLHEITA DE URINA: EXAME SUMÁRIO
- COLHEITA DE URINA 12 HORAS

Enc. OK Cancelar

7º Registo no “Mapa de cuidados”: validar atitude terapêutica e intervenções de enfermagem



Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome: Dia: 29-07-2024

Total intervenções Por realizar

Resp.: 3295 Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Hora Início 29-07-2024 08:01h Data/Hora Termo

✓	✕	Data	Hora	Medicação	Quant. adm.	Embal.	Lote	Ut.	Se.	Observações
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

✓	✕	Data	Hora	Atitudes terapêuticas	Observações
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	29-07-2024	09:43	Colheita De Sangue	EDTA e SORO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

✓	✕	Data	Hora	Intervenções	Especificações
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:33	Monitorizar temperatura corporal	29-07-2024 09:42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:33	Monitorizar saturação de oxigénio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:33	Supervisionar a dieta	EDTA e SORO [AT: COLHEITA DE SANGUE]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:33	Avaliar gestão do regime terapêutico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:33	Executar tratamento da ferida traumática	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:33	Viojar penso da ferida traumática	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:43	Ensinar sobre o exame	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	29-07-2024	09:43	Incentivar envolvimento da pessoa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:43	Incentivar auto controlo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29-07-2024	09:43	Posicionar	

29-07-2024 09:43

Identificação dos tubos de colheita

Tubo bioquímica (Castanho)



- Ácido fólico
- Ácido úrico
- AFP
- Albumina
- Amilase
- BHCG
- Bilirrubina Dirc
- Bilirrubina Total
- Cálcio
- CEA
- CEA 125
- CEA 15.3
- CEA 19.9
- Ceruloplamina
- Citomegalovírus (CMV) (IgM, IgG)
- CK
- CK-MB
- Cloro
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Colesterol total
- Complementos (C3, C4, CH50)
- Coombs indireto
- Cortisol
- Creatinina
- Digoxina
- EBVlgm
- Eletroforese das proteínas
- Estradiol
- Ferritina
- Ferro
- Fosfatase alcalina
- FSH
- Gama GT
- Glicémia
- GoTureia
- GPT
- Hepatite A (HAV)
- Hepatite B (VHB), AgHBs, AgHBc, AgHBe, Ac Anti-HBs, Ac Anti-HBc, Ac Anti-HBe, Ac Anti-HBc IgM
- Hepatite C (HCV, Anti-HCV)
- Hepatite D (VHD)
- Hepatite E (VHE)
- HIV I, HIV II
- Imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG, IgE)
- Ionograma
- Lactatodesidrogenase (LDH)
- LH
- Lípase
- Magnésio
- Mioglobina
- PCR
- Potássio
- Progesterona
- Prolactina
- Proteínas totais
- Prova de tolerância à glicose oral (PTGO)*
- Prova funcional de insulina**
- PSA Rubéola (IgM, IgG)
- PSA total
- Rosa da Widal
- Rosa de bengala
- RPR
- Sódio
- T3
- T3 livre
- T4
- T4 livre
- Testosterona total e livre
- Toxoplasmose (IgM, IgG)
- Transferrina
- Triglicérides
- Troponina
- TSH
- Vitamina B12
- Vitamina D
- Widal /HA/TH

Procedimentos



* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Grávidas

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/300 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 60 min;
- 4º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 5º Centrifugar as amostras.

Nota: Este tipo de análise deve ser realizado entre as **24 e as 26 semanas de gestação**.

Em caso de não tolerância do produto ingerido deve repetir análise após uma semana.

* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Adultos

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 4º Centrifugar as amostras.

** Prova Funcional de Insulina

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 4º Centrifugar as amostras.

Identificação dos tubos de colheita

Tubo EDTA (Vermelho)



- Amónia***
- Basófilos
- BNP
- Eosinófilos
- GB
- Grupo sanguíneo (+ bioquímica)
- GV
- HBA1C (2 EDTA)
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma
- Linfócitos
- Linfócitos atípicos
- Mioglobina
- Monócitos
- Neutrófilos
- Neutrófilos em bastão
- Plaquetas
- Pro BNP****
- Provas de compatibilidade (+ bioquímica)
- Reticulócitos (2 EDTA)
- Troponina
- Velocidade de sedimentação
- Volume globular médio

*** Colheita de amónia

- 1º Colher **duas** amostras de sangue para **dois tubos EDTA**;
- 2º Centrifugar as **duas** amostras;
- 3º Transferir o plasma das **duas** amostras com uma pipeta para **dois tubos neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as **quatro** amostras identificadas.

**** Pró BNP

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as duas amostras identificadas.

Identificação dos tubos de colheita



Tubo Citrato de Sódio (Verde)



- Anticoagulante lúpico
- Anti-Trombina III (2 citrato de sódio)
- APTT
- Caolina
- D-Dímeros (PDF)
- Fatores de coagulação (II, V, VIII.....)
(2 citrato de sódio)
- Fibrinogénio
- INR
- Protominémia
- Tempo de cefalina (PTT)
- Tempo de Protrombina (TP)
- Tempo de trombina
- Teste Quick
- TP Controlo

Identificação dos tubos de colheita

Tubo Neutro (Branco)



Tubo Citrato de Sódio (Roxo)



- Velocidade de sedimentação (VS)

Nota: Caso não haja **tubo citrato de sódio**, pode ser colhido em **tubo de EDTA**.

Identificação dos tubos de colheita

Tubo Homocysteine HCY 9NC (Cor de rosa)



- Homocisteína

Tubo ThromboExact (Bordô)



- Tromboexact

Identificação dos tubos de colheita



Tudo Fluoride EDTA FE (Amarelo)



- Glucose
- Lactato

Tudo de Soro Isento de Metais



- Cobre plasmático
- Chumbo plasmático

Ordem de colheita

Distribua o sangue sempre em primeiro lugar para o tubo seco e só depois para os outros tubos, para evitar possíveis contaminações com os anticoagulantes.



A ordem recomendada é:

- 1º - Tubo bioquímica
- 2º - Tubo com citrato de sódio
- 3º - Tubo com EDTA

Nota: Centrifugar as amostras colhidas nos tubos de **bioquímica**, **citrato de sódio**, **amónia**, **pro BNP**, **homocisteína** e **lactato**.

Identificação dos tubos de colheita

Tudo Urine Z (Amarelo)



- Microalbuminuria *****
- Sumária de urina
- Urocultura*****

***** Microalbuminuria

1º Colher amostra de urina da 2º urina da manhã;

Sugestão: No ato da colheita solicitar ao utente recolha de urina para recipiente próprio.

***** Urocultura

1º Explicar o procedimento ao utente:

- Sexo Masculino: Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.
- Sexo Feminino: Lavar só com água cuidadosamente os genitais externos de frente para trás.

Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.

- Se possível colher a primeira urina da manhã.

2º Fornecer contentor asséptico de urina ao utente;

3º Colher amostra de urina para **dois tubos de urina**;

4º Enviar para o laboratório as **duas** amostras devidamente identificadas.

Nota: Caso a utente realize a colheita de urina na UCSP deve ser disponibilizado soro em dose individual e compressas esterilizadas para proceder à higienização dos genitais externos.

Outros procedimentos

Plasma - LAB - Plasma EDTA

- 1º Colher amostra de sangue para **Tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as duas amostras identificadas.

Hormona Adrenocorticotrófica (ACTH)

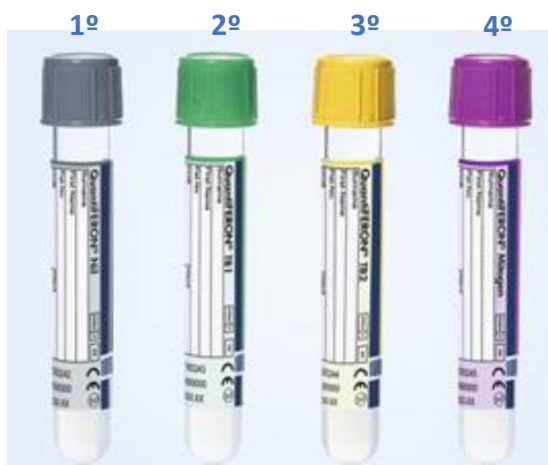
- 1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Colocar em saco com gelo o **tubo neutro**;
- 5º Enviar para o laboratório as duas amostras identificadas.

Metanefrinas

- 1º Colher quatro amostras de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar as quatro amostras;
- 3º Transferir o plasma das quatro amostras com uma pipeta para quatro **tubos neutros**;
- 4º Enviar para o laboratório as oito amostras identificadas.

Outros procedimentos

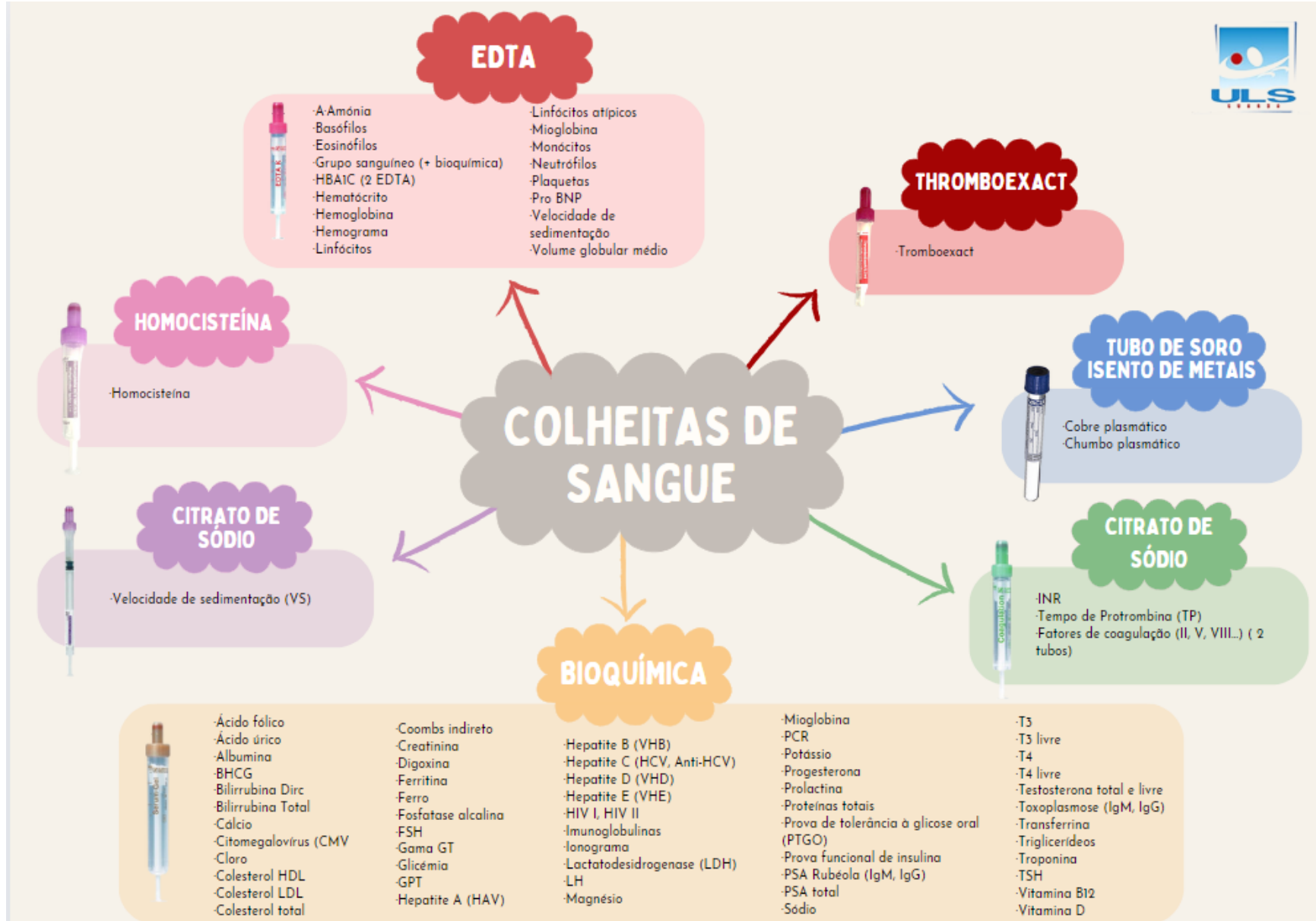
Teste IGRA QuantiFERON®-TB GOLD Plus



1. Controlo “Nil” (Tampa cinzenta)
2. Antígeno TB1 (Tampa verde)
3. Antígeno TB2 (Tampa amarela)
4. Controlo Mitogénio (Tampa roxa)

- ✓ 1º Colheita, por punção venosa, de 1 ml de sangue para cada um dos tubos;
- ✓ 2º Como o sistema de vácuo dos tubos extrai o sangue relativamente devagar, manter a agulha no tubo durante mais 2-3 segundos depois de o nível de sangue parecer ao nível da marca do tubo. A marcação preta no tubo indica o volume de enchimento pretendido de 1 ml;
- ✓ 3º Misturar os tubos por inversão 10 vezes para garantir que toda a superfície interna do tubo entra em contacto com o sangue. A formação de espuma ou a hemólise não afetam o teste.

Não centrifugar nem refrigerar a amostra e enviar para o laboratório no mesmo dia.



OUTRAS PRESCRIÇÕES PODEM SER CONSULTADAS NO PROCEDIMENTO OPERATIVO: COLHEITA DE ESPECIMENS PARA ANÁLISE
 Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar: Ana Rita Galvão e Andreia Mendes



Bibliografia

- Manual de Boas Práticas. 2001. Diário da República série II, nº98 de 27 Abril 2001.

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medicamentos de Alta Vigilância

Apresentação por
Ana Rita Oliveira Galvão
Andreia Filipa Correia Mendes



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Introdução

- A falta de padronização aumenta o risco de incidentes na utilização dos MAV e as instituições devem adotar práticas seguras, como a validação de procedimentos e a utilização de sistemas de informação compatíveis.
- A má identificação de medicamentos é uma causa comum da ocorrência de erros e a rotulagem adequada constitui uma estratégia importante para minimizar a probabilidade de erro.
- A formação contínua dos profissionais é crucial devido à constante evolução dos medicamentos e à sua gestão de risco. Os incidentes medicamentosos estão relacionados com as várias etapas do processo da gestão da medicação: seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração, pelo que é fundamental uniformizar procedimentos em todas estas etapas.

Objetivos

- Divulgar e implementar a Norma da DGS 008/2023 **MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA**;
- Implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alta vigilância;
- Elaborar e divulgar, internamente, as listas de medicamentos LASA e MAM efetivamente prescritos/dispensados/administrados na UCSP de Gouveia;
- Garantir que os profissionais conhecem as listas de medicamentos LASA e MAM da instituição, o seu propósito e a sua importância para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação;
- Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, garantindo a sua separação física e a sua correta identificação, através da rotulagem.

Responsabilidades

- Farmacêuticos/Técnicos de farmácia
- Médicos
- Enfermeiros



Procedimentos

Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)

são medicamentos que pelas suas características induzem mais facilmente ao erro, apresentando assim, um risco aumentado de provocar danos significativos aos doentes quando há falhas na sua utilização.

Exigem precauções especiais durante a preparação e administração de forma a garantir a segurança do utente.

MAM

Medicamentos de Alerta Máximo

Medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alto risco.



LASA

Look-Alike, Sound-Alike

Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante

Tall Man Lettering

DCI

Medicamentos com a mesma Denominação Comum Internacional

Medicamentos com a mesma substância ativa, mas com diferentes dosagens.



Procedimentos

➤ Seleção, aquisição e armazenamento

1. Selecionar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição;
2. Limitar o número de apresentações e de concentrações de MAM disponíveis na instituição;
3. Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, que garantam a sua separação física e a sua correta **identificação e rotulagem**.

Procedimentos



➤ Prescrição

1. Privilegiar a prescrição eletrônica de medicamentos;
2. Em caso de necessidade de prescrição manual de medicamentos:
 - A identificação do medicamento tem de incluir obrigatoriamente a respetiva DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação e posologia;
 - A caligrafia deve ser de fácil leitura e interpretação, redigida com letra de imprensa maiúscula;
 - Evitar o uso de abreviaturas.
3. Nas indicações/pedidos orais, em situações de emergência:
 - O prescriptor deve verbalizar de forma clara e soletrada, a DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e posologia;
 - Os dígitos da dosagem do medicamento prescrito devem ser verbalizados individualmente;
 - O profissional que vai administrar a medicação deve imediatamente a seguir, repetir para o prescriptor o que ouviu, utilizando o método da comunicação em alça fechada;
4. Padronizar os regimes de dose particularmente no caso dos MAM.

Procedimentos

➤ Dispensa

1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação:
 - Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.

Procedimentos

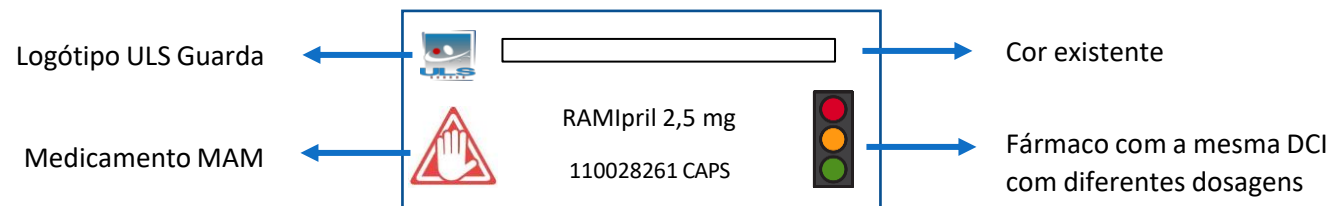


➤ Preparação e administração

1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação:
 - Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.
2. Padronizar as formas de cálculos para as doses que requerem preparação, em particular, no caso dos MAM;
3. Padronizar os rótulos com a prescrição ou com o registo para a administração;
4. Recusar a administração de medicamentos manualmente prescritos com letra ilegível;
5. Garantir a concordância entre a forma como se expressam as doses prescritas e os registos de administração de medicamentos.

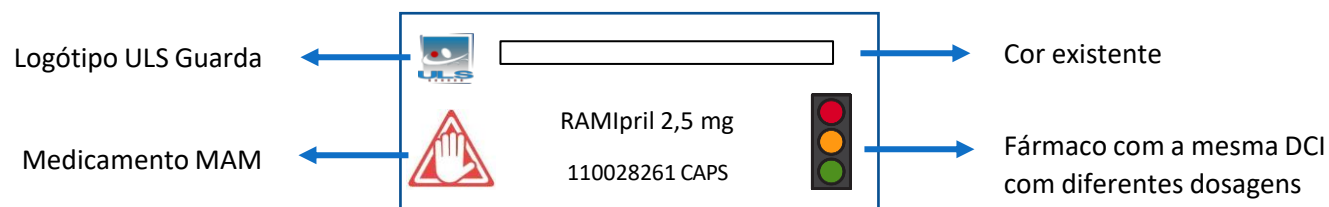
Procedimentos
















- A etiqueta alerta para a possibilidade de estar perante um medicamento MAM ou LASA, para as diferentes dosagens e vias de administração.



- De modo a minimizar o erro da troca de medicação não deverá haver mais que dois medicamentos, no máximo, por gaveta, e estes devem estar armazenados por forma farmacêutica, e por ordem alfabética de DCI, sem exceção.

Procedimentos



	Comprimidos		Sistemas Transdérmicos
	Soluções de Eletrólitos Concentrados		Benzodiazepinas
	Enemas		Psicotrópicos
	Ampolas Endovenosas		Creme/pomada
	Colírios		Supositório
	Terapêutica inalatória		Medicação subcutânea
	Ampolas Intramuscular		Outros
	Soluções/ Suspensões orais		



MAM - Medicamentos de Alerta Máximo



CLASSES DE MEDICAMENTOS	EXEMPLOS
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	cetamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidina, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametônio, atracúrio, cisatracúrio, pancurônio, rocurônio, vecurônio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

OUTRAS CLASSES

Soluções cardioplégicas
Citotóxicos de uso parenteral ou oral
Soluções para diálise peritoneal e soluções para hemodiálise
Medicamentos para administração por via epidural ou intratecal
Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e antidiabéticos orais
Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos e de uso oral (incluindo pós para concentrados para soluções e formulações de libertação imediata ou prolongada)
Soluções para nutrição parentérica
Meios de contraste intravenosos (contrastes iodados)

AGENTES ANTITROMBÓTICOS

Anticoagulantes	varfarina, heparina não fracionada, heparinas de baixo peso molecular
Inibidores do fator Xa	fondaparinux sódico, apixabano, rivaroxabano
Inibidores diretos da trombina	bivalirudina, dabigatran etexilato
Trombolíticos	alteplase, reteplase, tenecteplase
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	abciximab, eptifibatida, tirofibano

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml
Cloreto de sódio hipertônico (superior a 0.9%), solução injetável
Glicose hipertônica (20% ou superior), solução injetável
Cloreto de potássio concentrado para solução para perfusão
Fosfato monopotássico, solução injetável
Sulfato de magnésio, solução injetável
Anfotericina B (forma lipossômica e convencional)
Epoprostenol
Oxitocina, solução injetável
Prometazina, solução injetável
Metotrexato, comprimido

LASA - Look-Alike, Sound-Alike

Aciclovir	GAN aciclovir/ VAL aciclovir/ VALGAN aciclovir
a DRENAL ina	a TROP ina
AL fentanilo	fentanilo / SU fentanilo
alo PURIN ol	halo PERID ol
ami NOFIL ina	ami LODIP ina / amio DARO na
aza TIOPR ina	aza CITID ina
BETA metasona	DEXA metasona
BU pivacaína	RO pivacaína / LEVO bupivacaína
bu PROPI ona	bu SPIR ona
ca LCITR iol	ca RVED ilol
c ARBO platina	c IS platina
cef AZOL ina	cef OXIT ina / cef TAZIDIM a / cef TRIAOX ona / cef OTAXIM a
CIPRO floxacina	LEVO floxacina
citalopram	ES citalopram
c LARITROMI cina	c IPROFLOX acina
clo MIPRAM ina	clo ROPROMAZ ina
CLON azepam	clo BAZ am / DI azepam / LOR azepam / OX azepam
clo NID ina	clo ZAP ina
cloro DIAZEPÓXIDO	cloro PROMAZINA
di AZEPAM	di LTIAZEM

DOBUT amina	DOP amina
DOCE taxel	PACLI taxel
DOXO rrubicina	IDA rrubicina
DULO xetina	FLU xetina / PAR xetina
fentanilo	SU fentanilo
idar RUBICINA	idar UCIZUMAB
INFLI ximab	RITU ximab
lam IVUD ina	lam OTRIG ina
lev ETIRACETAM	lev OCARNITINA
levo MEPROMAZ ina	levo TIROX ina
met FORMINA	met RONIDAZOL
mi FEPRISTONA	mi SOPROSTOL
mito MICI na	mito XANTRO na
morfina	HIDRO morfona
ni MOD ipina	ni FE dipina
OLANZ apina	QUET iapina
propr ANOL ol	prop OF ol
rifa MPIC ina	rifa XIM ina
sulfa DI azina	Sulfa SSAL azina
tra MADOL	tra ZODONA

LASA - Look-Alike, Sound-Alike

Tall Man Lettering

1º Passo: compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos 2 letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

alopurinol	Altera-se para:	aloPURINOL
haloperidol		haloPERIDOL

clonidina	Altera-se para:	cloNIDINA
clozapina		cloZAPINA

2º Passo: começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. As letras em comum retornam a minúsculas.

aloPURINOL	Altera-se para:	aloPURINol
haloPERIDOL		haloPERIDol

cloNIDINA	Altera-se para:	cloNIDina
cloZAPINA		cloZAPina

Bibliografia

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2023). Norma nº 008/2023 de 19/12/2023: Medicamentos de Alta Vigilância. DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>

Apêndice VIII

Apresentação da Formação - Avaliação e Intervenção Familiar e Registos



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Família

“Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos” (OE, 2008)

Conceito de Família

O conceito de família transformou-se a par da evolução social, sociodemográfica e cultural da sociedade.

- Nos seus primórdios, família era entendida como um grupo de pessoas unidas por laços de sangue, adoção e ou matrimónio (**Burgess & Lock, 1953**).

- **A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2020, pp.63)** clarifica que família é:

“unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

Conceito de Família

- “Os membros da família são autodefinidos”

Hanson (2005, p. 6)

- A família é quem a pessoa reconhece como tal.

Wright e Leahey (2013)

Na prática de enfermagem é pertinente questionar o indivíduo sobre quem é que ele percebe como família, e incluir essas pessoas no plano de cuidados.



Saúde Familiar

- ▶ Componente do sistema familiar em que o todo e as suas partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde.
- ▶ Transcende a saúde individual, contemplando as dinâmicas relacionais e o impacto que estas exercem sobre a unidade familiar, integrando o apoio emocional, os hábitos e comportamentos partilhados, o ambiente doméstico, bem como as vertentes culturais e espirituais que configuram a forma como a família vivencia a saúde e enfrenta a doença.

▶ **Hanson, 2005; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey 2013**

Importância das famílias no CSP

- ▶ Os hábitos sejam eles promotores de saúde ou comportamentos de risco, são adquiridos no seio familiar, onde cada membro desempenha um papel significativo na formação das atitudes coletivas.
- ▶ Quando um dos elementos adoece, o impacto transcende o indivíduo e reverbera em todo o núcleo familiar, que, por sua vez, exerce uma influência crucial sobre a saúde e o bem-estar de cada um dos seus membros.
- ▶ A dinâmica familiar atua tanto como suporte, como influência nas condições de saúde, e as práticas adotadas por cada membro refletem e afetam o bem-estar da família como um todo.
- ▶ Maximiza a eficácia das intervenções, uma vez que os laços familiares influenciam de forma determinante o sucesso do tratamento, ao contrário do foco exclusivo no indivíduo.

▶ **Hanson, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2008**

Enfermagem de Saúde Familiar

- Os cuidados de enfermagem têm como objetivo “a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde” e centram-se na relação estabelecida entre o enfermeiro e a família, enfatizando que “o processo de cuidados deve ser desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas”.

► **Figueiredo (2012, p.69)**

O enfermeiro de família diferencia-se dos enfermeiros que trabalhavam nos CSP, pelo seu foco que se centra nas famílias!

► **Ordem dos Enfermeiros (2008)**

Enfermagem de Saúde Familiar

- ▶ O conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar evoluiu, no entanto os enfermeiros ainda enfrentam desafios na implementação e sustentação de práticas no seu contexto clínico, que considerem a família como foco dos cuidados.

▶ **Henriqueta et al. 2020**

- ▶ Falta de formação sobre enfermagem de saúde familiar
- ▶ Conceção sobre família
- ▶ Organização dos cuidados
- ▶ Falta de recursos humanos e materiais
- ▶ Falta de tempo
- ▶ Sistema de informação complexo e débil

▶ **Nunes, 2016**

Enfermagem de Saúde Familiar

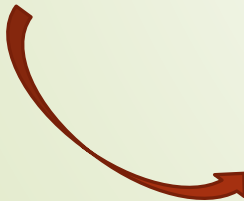
- ▶ A eficácia dos cuidados de enfermagem à família só se evidencia através de ganhos em saúde familiar e esta premissa só se concretiza quando se realiza uma **avaliação familiar** com aplicação de **modelos e instrumentos** e se desenvolvem planos de cuidados em colaboração com as famílias.
- ▶ Avaliação familiar é uma das competências fundamentais de um enfermeiro de família e estes devem ser “bem versados em modelos atuais e sofisticados de avaliação”.

▶ Hanson (2005, p. 180)

Enfermagem de Saúde Familiar

- ▶ A avaliação familiar é um processo complexo devido à unicidade de cada sistema familiar, que exige ao enfermeiro de família uma destreza inigualável para a realizar de forma exímia.
- ▶ Permite a identificação dos recursos e forças da família e das suas reais necessidades e posteriormente proceder a uma intervenção familiar ajustada às necessidades identificadas

▶ Figueiredo, 2023



Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar
Escalas e Instrumentos



Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar

São inúmeros os modelos desenvolvidos para facilitar a avaliação familiar:

- Modelo de Avaliação e Intervenção da Família de Hanson
- Modelo de Avaliação da Família de Friedman
- **Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Da Família (MCAIF)**
- **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)**

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Da Família

MCAIF

Estrutural

- Estrutura interna
- Estrutura externa
- Contexto

Desenvolvimento

- Estágios
- Tarefas
- Vínculos

Funcional

- Funcionamento instrumental
- Funcionamento expressivo

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Da Família

➤ Dimensão Estrutural

➤ Estrutura interna

- Composição familiar → **Genograma**
- Género
- Orientação sexual
- Ordem de nascimento
- Subsistemas (individual, conjugal, parental e fraternal)
- Limites (difusos, rígidos e permeáveis)

Tipos de Família

- **Família biológica de procriação**
- **Nuclear** (engloba membros da família extensa)
 - Família de um só genitor
- **Adotiva** (família em que um dos membros tem filhos de um relacionamento anterior)
 - **Comunitária**
- **Casais homossexuais, bissexuais e transexuais**

(Wright & Leahey, 2013)

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Da Família

➤ Dimensão Estrutural

➤ Estrutura externa

- Família extensa

(tipo e o número de contactos com a família extensa)

- Sistemas mais amplos

(instituições e pessoas externas que são significativas para a família)

} Ecomapa



Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Da Família

➤ Dimensão Estrutural

➤ Contexto

- Etnia
- Raça
- Classe social
- Espiritualidade e ou religião
- Ambiente (comunidade mais ampla)

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Da Família

➤ Dimensão Desenvolvimento

➤ Estágio

➤ Tarefas

➤ Vínculos

} Ciclo Vital Familiar de
Carter & McGoldrick

(Quatro traços paralelos indicam um vínculo forte; três traços representam um vínculo moderado; dois traços sinalizam um vínculo superficial; um traço significa um vínculo muito superficial; e um traço ondulado simboliza vínculos negativos)

Ciclo Vital Familiar

► Carter & McGoldrick, 1995

1.
Saída do jovem adulto de casa dos pais

É espectável que o jovem seja financeiramente independente, que estabeleça novos relacionamentos e que se diferencie do sistema familiar

2.
União das famílias através do casamento

Ocorre a formação do casal e é esperado uma reorganização das relações com as famílias extensas e com os amigos para inclusão dos cônjuges

3.
Família com filhos pequenos

Crucial a integração dos novos membros no sistema familiar. O subsistema conjugal deve demonstrar uma capacidade de reconfiguração, criando espaço para a inclusão dos filhos, ajustando-se em termos de responsabilidades financeiras, domésticas e educativas. É necessário o realinhamento das relações com a família extensa, de modo a incorporar o papel de pais e de avós

Ciclo Vital Familiar

► Carter & McGoldrick, 1995

4. Família com filhos adolescentes

Os filhos ganham uma nova posição no seio familiar e é necessário que os limites se tornem mais permeáveis, para facilitar a independência dos filhos e a fragilidade dos pais e permitam a inclusão de novos amigos e ideias. a família deve estimular a independência do adolescente, mas com fronteiras bem estabelecidas e estruturadas para promover o desenvolvimento saudável do jovem

5. Famílias na meia-idade (Encaminhamento dos filhos e saída de casa)

Múltiplas entradas e saídas no sistema familiar e envolve a redefinição do sistema conjugal, desenvolvimento de relações adulto-adulto entre filhos e pais, inclusão de parentes por afinidade (noras, genros) e netos e tomada de consciência da incapacidade e morte dos pais

6. Famílias no fim de vida

Adaptação ao processo da reforma. O casal deve preservar interesses individuais, mesmo que estes sejam restringidos pelo declínio das capacidades físicas. A geração mais velha enfrentará a realidade da finitude, da perda do cônjuge, familiares e amigos e diminuição da sua participação na sociedade.

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Da Família

➤ Dimensão Funcional

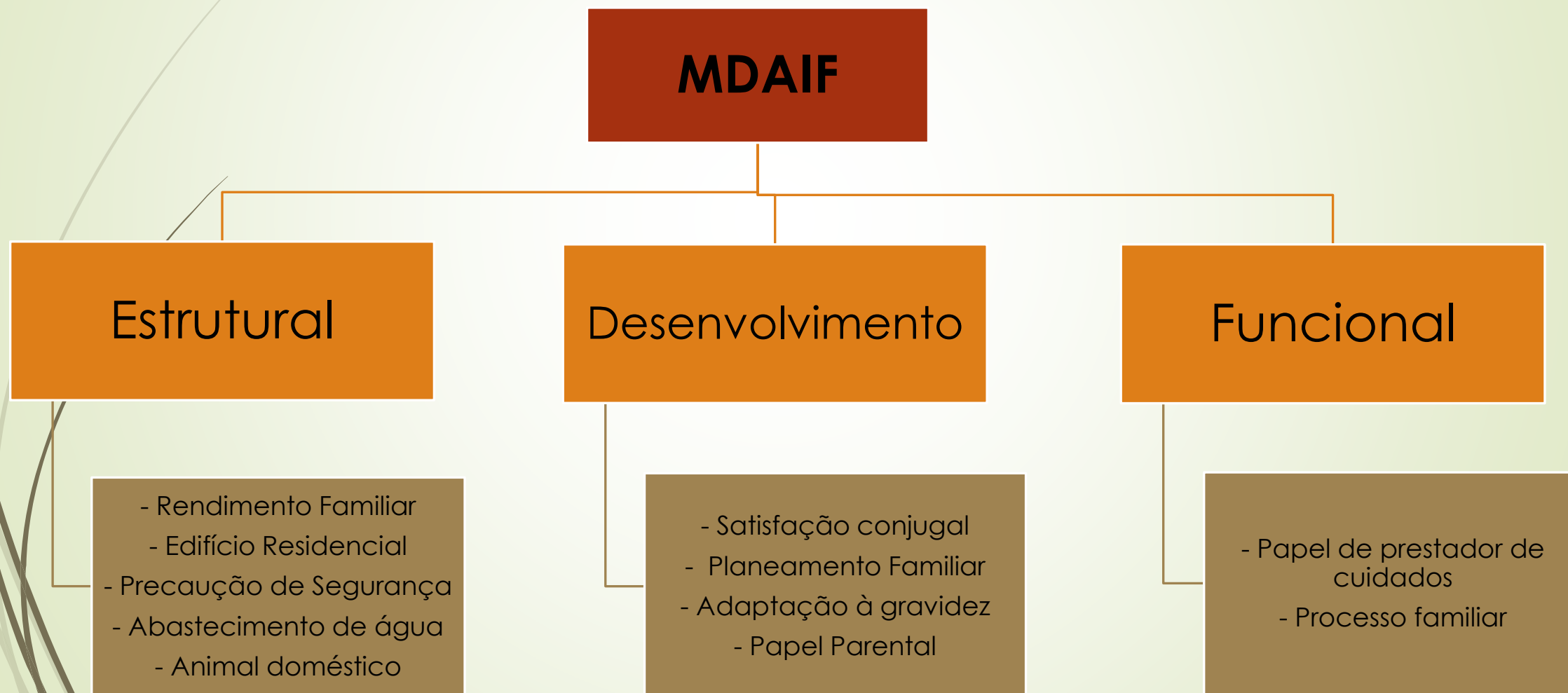
➤ Funcionamento instrumental

- Atividades da vida diária

➤ Funcionamento expressivo

- Comunicação emocional
- Comunicação verbal
- Comunicação não verbal
- Comunicação circular
- Solução de problemas (capacidade da família para solucionar um problema da unidade familiar e estratégias utilizadas até à sua resolução)
- Papéis (função que um determinado membro desempenha no seio familiar)
- Influência e poder (quem é que assume a liderança da família e quem tem maior influência sobre os outros elementos)
- Crenças (atitudes, valores, pressupostos e ideias assumidos pela família, sobretudo relacionados com os cuidados de saúde e com a saúde dos seus membros)
- Alianças e uniões (equilíbrio e a intensidade dos relacionamentos entre os elementos e das famílias com os profissionais de saúde)

Modelos Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Modelos Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

➤ Dimensão Estrutural

➤ Composição da família → **Genograma**

➤ Tipo de família

➤ Família extensa

➤ Sistemas mais amplos

} **Ecomapa**

Tipos de Família

- **Casal** (homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não ser casados)
- **Família nuclear** (casal com filhos biológicos ou adotivos)
- **Família reconstruída** (casal em que pelo menos um dos elementos teve uma relação anterior do qual tenha filhos)
- **Família monoparental** (única figura parental com filhos)
- **Coabitação** (pessoas solteiras que partilham habitação)
- **Família institucional** (conventos, orfanatos, internatos, residenciais para pessoas idosas)
 - **Família Comuna** (família comunitária)
- **Família Unipessoal** (uma só pessoa que habita sozinha)
- **Família Alargada** (constituída por três gerações)

(Figueiredo, 2012)

Modelos Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

➤ Dimensão Estrutural

➤ Rendimento familiar (Classe social) → Escala de Graffar Adaptado

- Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares

➤ Edifício residencial

- Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro
- Conhecimento sobre governo da casa
- Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional

➤ Precaução de Segurança

- Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento
- Conhecimento sobre utilização de equipamento de gás
- Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas

➤ Sistemas de abastecimento (abastecimento de água)

- Conhecimento sobre controlo da qualidade da água
- Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água

➤ Ambiente biológico (animal doméstico)

- Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico
- Conhecimento sobre serviços da comunidade
- Conhecimento sobre desparasitação do animal doméstico

Plano de Cuidados SClínico CSP®

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
Rendimento	Rendimento não insuficiente	
	Rendimento insuficiente	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar rendimentos• Ensinar a gerir o rendimento da família• Requerer serviço social
Habitação	Edifício residencial seguro	
	Edifício residencial não seguro	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar habitação• Avaliar conhecimento sobre habitação• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento• Requerer serviço social
Precaução de segurança	Sem precaução de segurança comprometida	
	Precaução de segurança comprometida	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar precaução de segurança• Executar medidas de segurança• Gerir medidas de segurança• Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança

Plano de Cuidados **SClínico CSP**[®]

Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado	
	Abastecimento de água não adequado	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar abastecimento de água• Orientar para serviço de tratamento de água• Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água• Ensinar a família sobre controlo da qualidade de água
Animal doméstico	Animal doméstico não negligenciado	
	Animal doméstico negligenciado	<ul style="list-style-type: none">• Ensinar a família a tratar parasitose do animal doméstico• Ensinar a família sobre vacinação do animal doméstico• Incentivar a família a tratar da parasitose de animal doméstico

Modelos Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

➤ Dimensão de Desenvolvimento

➤ Etapa do Ciclo Vital Familiar (Duvall; Relvas)

➤ Satisfação Conjugal

- Relação dinâmica
- Comunicação
- Interação sexual
- Função sexual

➤ Planeamento Familiar

- Fertilidade
- Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional
- uso de contraceptivo
- Conhecimento sobre reprodução

➤ Adaptação à Gravidez

- Comunicação
- Conhecimento
- Comportamento de adesão

➤ Papel Parental

- Conhecimento do papel
- Comportamento de adesão
- Adaptação da família à escola
- Consenso/saturação/conflito do papel

Plano de Cuidados **SClínico CSP**[®]

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas
Satisfação conjugal	Satisfação conjugal mantida	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Avaliar satisfação conjugal:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Relação dinâmica (não efetiva/efetiva) - Comunicação (eficaz /não eficaz) - Interação sexual (não efetiva/efetiva) - Função sexual (comprometida/não comprometida)
	Satisfação conjugal não mantida	
Planeamento familiar	Sem planeamento familiar comprometido	
	Planeamento familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar planeamento familiar • Ensinar sobre planeamento familiar • Incentivar comportamento de procura de saúde • Incentivar o envolvimento da família
Papel parental	Papel parental não comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) • Avaliar condição do papel parental • Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) • Avaliar papel parental
	Papel parental comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar papel parental • Incentivar desempenho do papel parental • Informar para o papel parental • Negociar o papel parental • Orientar para o serviço de saúde • Promover papel parental

Adaptação à gravidez

Adaptação à gravidez

- Avaliar adaptação à gravidez:
 - Disposição para gerir novas situações e desafios relacionados com a gravidez
 - Adota comportamentos redutores de stress

Potencial para melhorar adaptação à gravidez

- Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida
- Ensinar a mãe sobre papel maternal
- Ensinar sobre amamentar
- Ensinar sobre comportamento de procura de saúde
- Ensinar sobre enxoval
- Ensinar sobre hábitos de saúde
- Ensinar sobre lactação
- Ensinar sobre lei e regulamentos (papel parental)
- Ensinar sobre medidas de segurança
- Ensinar sobre o desenvolvimento fetal
- Ensinar sobre o uso de substâncias durante a gravidez
- Ensinar sobre prevenção de infeção
- Ensinar sobre recursos da comunidade
- Ensinar sobre recursos do serviço de saúde: amamentação
- Ensinar sobre trabalho de parto
- Ensinar sobre visita domiciliária
- Envolver mãe e(ou) pai nos cuidados
- Incentivar amamentação
- Incentivar aprendizagem de capacidades
- Incentivar comportamento de procura de saúde
- Incentivar hábitos de saúde
- Incentivar ligação mãe-filho
- Incentivar mãe e/ou a estabelecer relação com outros pais
- Incentivar o envolvimento da família
- Incentivar o envolvimento do pai na gravidez
- Incentivar tomada de decisão sobre amamentar
- Informar sobre papel parental
- Informar para o trabalho de parto
- Informar sobre curso de preparação para o trabalho de parto e papel parental
- Planear trabalho de parto
- Providenciar material de leitura



Ciclo Vital Familiar

- ▶ É uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento que uma família atravessa ao longo do tempo.
- ▶ Envolve transições de papéis e expectativas e considera as mudanças nas relações familiares, nas responsabilidades e na estrutura da família ao passar por fases específicas.
- ▶ A cada etapa do CVF correspondem tarefas que as famílias terão de desenvolver.

▶ **Wright & Leahey, 2013; Silva, Kraus & Figueiredo, 2023**

Ciclo Vital Familiar

■ Duvall e Miller, 1950

1.
Casais sem filhos

Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória
Preparação para a gravidez e parentalidade.

2.
Famílias com recém-nascido
(filho mais velho; nascimento até 30 meses)

Adaptação às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente.

3.
Famílias com crianças em idade pré-escolar
(filho mais velho: 2,5-6 anos)

Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento.

4.
Famílias com crianças em idade escolar
(filho mais velho: 6-13 anos)

Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar;
Relacionamento com outras famílias na mesma fase.

Ciclo Vital Familiar

■ Duvall e Miller, 1950

5. Famílias com filhos adolescentes

(filho mais velho: 13-20 anos)

Facilitar o equilíbrio entre a liberdade e responsabilidade;
Partilha desta tarefa com a comunidade;
Estabelecimento de interesses pós-parentais.

6. Famílias com jovens adultos

(saída de casa do 1º filho – até à saída do último)

Permitir a separação e o “lançamento” dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada;
Manutenção de uma base de suporte familiar.

7. Casal na meia idade

(ninho vazio – reforma)

Reconstrução da relação de casal;
Redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas.

8. Envelhecimento

(reforma – morte de um ou ambos os cônjuges)

Acomodação à reforma;
Aprender a lidar com as perdas (lutos) e viver sozinho;
Adaptação ao envelhecimento.

Ciclo Vital Familiar

► Relvas, 2000

1. Formação do Casal

Redefinir limites entre o casal e a família de origem, amigos e rede de suporte;

2. Família com filhos pequenos

Reorganizar a família para o início do papel parental e de novas funções;

3. Família com filhos na escola

Promover a individualização e autonomia da criança. Para que tal aconteça os pais devem fortificar o papel de educadores, renegociar horários e funções e impor novas normas e limites.

4. Família com filhos adolescentes

Alargar os espaços individuais, e reforçar o papel da família. Estabelecer um equilíbrio entre a autonomia, liberdade, individualidade e a responsabilidade.

5. Família com filhos adultos

Facilitar a saída dos filhos de casa. Restabelecer a sua relação conjugal e estabelecer limites. Enfrentar o envelhecimento dos seus pais e deles próprios, com perda de independência, e a finitude.

Modelos Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

► Dimensão Funcional

► Papel de prestador de cuidados

- Conhecimento do papel
- Comportamento de adesão
- Consenso/conflicto/saturação do papel

► Processo familiar → Escala de Readaptação Social de Homes e Rahe

- Comunicação familiar
- *Coping* familiar
- Interação de papéis familiares
- Relação dinâmica → Escala FACES II; APGAR familiar de Smilkstein
- Crenças familiares

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas
<p style="text-align: center;">Papel de Prestador de Cuidados</p>	<p>Sem papel de prestador de cuidados comprometido</p>	
	<p>Papel de prestador de cuidados comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • <u>Avaliar papel de prestador de cuidados:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Com compromisso do papel de cuidador - Sem compromisso do papel de cuidador • Encorajar a expressão de medos • Encorajar a requerer informação • Encorajar a usar os serviços da comunidade • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão • Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão • Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação • Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar envolvimento do prestador de cuidados • Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta • Incentivar o prestador de cuidados para iniciar relações dinâmicas com grupos de suporte • Orientar prestador de cuidados para o serviço social • Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade • Planejar encontro com o prestador de cuidados • Avaliar papel de prestador de cuidados • Avaliar • <u>Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação (Não demonstra/demonstra/ não aplicável) - Higiene (Não demonstra/demonstra/ não aplicável) - Eliminação (Não demonstra/demonstra/ não aplicável) - Vestuário (Não demonstra/demonstra/ não aplicável) - Regime Terapêutico (Não demonstra/demonstra/ não aplicável) - Prevenção de complicações associadas a processos corporais (Não demonstra/demonstra/ não aplicável) • <u>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Papel de prestador de cuidados (Não demonstra/demonstra) - Tomar conta (Não demonstra/demonstra) - Hábitos de Saúde (Não demonstra/demonstra) - Recursos da comunidade (Não demonstra/demonstra) - Serviços de saúde (Não demonstra/demonstra)

Plano de Cuidados **SClínico CSP**[®]

Papel de Prestador de Cuidados

Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta

- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Ensinar o prestador de cuidados a monitorizar a tensão arterial
- Ensinar o prestador de cuidados a vigiar o pé
- Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação
- Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se
- Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
- Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados
- Instruir o prestador de cuidados a administrar insulina
- Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento
- Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento por via subcutânea
- Instruir o prestador de cuidados para monitorizar glicemia capilar

Stress do prestador de cuidados

- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress
- Avaliar stress do prestador de cuidados

Papel de Prestador de Cuidados

Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta

- Instruir o cuidador no uso de dispositivos de ostomia de eliminação
- Instruir o prestador de cuidados a administrar insulina
- Instruir o prestador de cuidados a alimentar
- Instruir o prestador de cuidados a alimentar através de sonda
- Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
- Instruir o prestador de cuidados a colocar meias elásticas
- Instruir o prestador de cuidados a cuidar da higiene
- Instruir o prestador de cuidados a levantar a pessoa
- Instruir o prestador de cuidados a otimizar sonda
- Instruir o prestador de cuidados a trocar fralda
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o alimentar-se
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o andar
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o auto cuidado: beber
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o auto cuidado: vestuário
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se
- Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o transferir-se
- Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento
- Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento por via subcutânea
- Instruir o prestador de cuidados para aspirar secreções
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no erguer-se
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no levantar-se
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no posicionar-se
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no sentar-se
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se
- Instruir o prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário
- Instruir o prestador de cuidados para dar banho
- Instruir o prestador de cuidados para executar inaloterapia
- Instruir o prestador de cuidados para executar oxigenoterapia
- Instruir o prestador de cuidados para inserir cateter urinário
- Instruir o prestador de cuidados para irrigar o intestino
- Instruir o prestador de cuidados para monitorizar glicemia capilar
- Instruir o prestador de cuidados para posicionar
- Instruir o prestador de cuidados para tomar conta
- Instruir o prestador de cuidados para transferir
- Instruir o prestador de cuidados para vestir
- Instruir o prestador de cuidados para vigiar o pulso
- Treinar o prestador de cuidados a administrar medicamento por via subcutânea
- Treinar o prestador de cuidados a alimentar
- Treinar o prestador de cuidados a alimentar por sonda
- Treinar o prestador de cuidados a aspirar secreções
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: beber
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
- Treinar o prestador de cuidados a assistir no levantar-se

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas
Processo Familiar	Sem processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Avaliar processo familiar:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Adequado (sim/não) - Comunicação (comprometida/não comprometida) - Coping (comprometida/não comprometida) - Interações de papéis (comprometida/não comprometida) - Relação dinâmica (comprometida/não comprometida) - Conflituoso (sim/não)
	Processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Negociar o processo familiar • Orientar para a terapia familiar • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar
Coping		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping: não demonstra/demonstra • Avaliar coping: com resposta normal/ com resposta patológica • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
	Coping comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Instruir sobre estratégias • Ensinar sobre coping

Plano de Cuidados SClínico CSP®

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas
Comunicação	Sem comunicação comprometida	
	Comunicação comprometida	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar comunicação• Incentivar comunicação• Incentivar o apoio/suporte da família• Otimizar comunicação
Suporte	Sem suporte comprometido	
	Com suporte comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar suporte• Incentivar interação social com grupo de suporte• Incentivar o apoio/suporte da família• Orientar para grupo de suporte

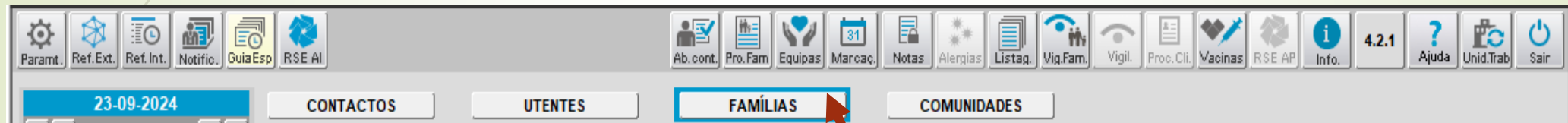
Instrumentos de Avaliação Familiar

- Genograma
- Ecomapa
- **Escala de Graffar Adaptado**
- Escala de Readaptação Social de Homes e Rahe
- Escala FACES II
- APGAR familiar de Smilkstein
- **Risco Familiar de Garcia-Gonzalez**
- **Risco Familiar Segovia Dreyer**



SClínico CSP®

Consulta de enfermagem familiar:



1º Confirmar o agregado familiar;

2º Validar os elementos da família presentes na consulta;

The screenshot shows the 'Horário do Contacto' form. The family name is 'Família: RUA ESCADINHAS, 3 - 3550 - Lug: MIUZELA'. The contact number is 'Contacto Nº: 0'. The date is 'Data 23-08-2024' and the time is 'Hora 09:23'. There is a checkbox for 'Contacto não presencial'. The 'Local de Contacto' section includes 'Unidade De Saúde' and 'Sala' dropdown menus. The 'Equipa' dropdown menu is also present. The 'Tipo de Contacto' section has radio buttons for 'Acto de enfermagem' and 'Consulta de Enfermagem'. The 'Programas de Saúde activos' and 'Projectos activos' sections have checkboxes. The 'Elementos presentes no contacto' table has a red header and a 'Presença' column with checkboxes. The 'Laboratório' section is partially visible at the bottom. The form has 'Cancelar' and 'Ok' buttons at the bottom right.

SClínico CSP[®]

4º Iniciar o registo na avaliação inicial → Família:

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome: [REDACTED] N° Utente: [REDACTED] N° Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO
Descrição

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO
Início: 26-10-2023 Fim: 25-10-2024 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
		<input checked="" type="radio"/>		
		<input type="radio"/>		
		<input type="radio"/>		
		<input type="radio"/>		
		<input type="radio"/>		
		<input type="radio"/>		

Sem Status S Sugerido Resp. Início: Resp. Termo: Termo

Especificações

- ITEMS A AVALIAR
- ☑ Família
 - ☑ UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - ☑ CARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - ☑ EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - ☑ ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - ☑ ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
 - ☑ PRESTADOR DE CUIDADOS
 - ☑ OUTRAS SITUAÇÕES

SClínico CSP®

Consulta de Enfermagem Individual:



→ **Processo familiar**

1º Associar programa **Saúde da Família**

Programas de Saúde / Projetos

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome: _____

Programas de Saúde | Projetos

• Ativos ○ Total

Programas	Início	Termo	Associar
Saúde do Adulto	27-08-2012 08:43		<input type="checkbox"/>
ADR Comunidade	21-06-2021 09:42		<input type="checkbox"/>
P.N.S.R. e Planeamento Familiar	12-04-2024 11:19		<input type="checkbox"/>
P.N.D.O. Rastreio do cancro do colo do útero	12-04-2024 11:19		<input type="checkbox"/>
Saúde da Família	06-08-2024 14:19		<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Observações

Standard Termo

SCLínico CSP®

2º Selecionar as intervenções de diagnóstico adequadas à avaliação familiar

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

Avaliar abastecimento de água	
Avaliar adaptação à gravidez	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	
Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol	
Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos	
Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes	
Avaliar habitação	
Avaliar papel de prestador de cuidados	
Avaliar papel parental	
Avaliar planeamento familiar	
Avaliar potencial do cuidador para tomar conta	
Avaliar processo familiar	
Avaliar satisfação conjugal	

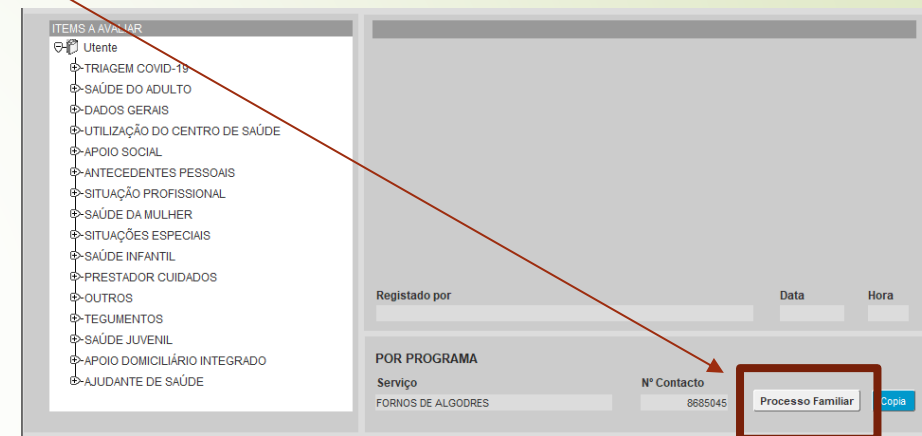
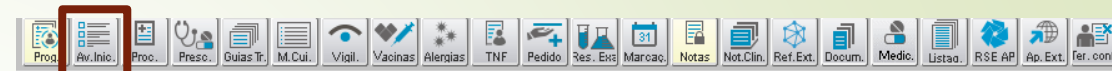
Última Avaliação:

SClínico CSP®

Avaliação Familiar → Processo Familiar

Preencher as escalas:

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



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

SCLínico CSP®

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

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

Classe Social

SCLínico CSP®

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

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

SCLínico CSP®

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

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

SCLínico CSP®

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

- Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.
- Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
- Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
- Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Pontuação

SCLínico CSP®

Habitação

Graffar

C.Duvall

Tipo de Família

Risco Familiar Garcia-Gonzalez

Risco Familiar Segovia Dreyer

- Morbilidade crónica
- Invalidez
- Hospitalizações frequentes
- Mãe analfabeta
- Mãe solteira
- Chefe de família desempregado
- Ausência temporária de um dos pais
- Chefe de família com emprego temporário
- Morte de Pai ou de Mãe

- Alcoolismo
- Droga
- Desnutrição
- Ausência de um dos pais
- Pais analfabetos
- Apgar familiar < 4
- Filho grande deficiente
- Chefe de família preso
- Filho com carências afectivas graves

Pontuação

Apêndice IX

Guia de Registos de Enfermagem de Saúde Familiar

Guia de Registos de Enfermagem de Saúde Familiar

Siglas e Abreviaturas

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS da Guarda - Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Objetivos

- Incentivar a avaliação familiar e respetivos registos no âmbito da enfermagem de saúde familiar;
- Uniformizar os registos no âmbito da enfermagem de saúde familiar;

Fundamentação

O conceito de família evoluiu a par da evolução social, sociodemográfica e cultural, sendo considerada atualmente a unidade sistémica com mais significado na sociedade (Figueiredo, 2012).

Perante o descrito anteriormente, o conhecimento sobre a família foi evoluindo e perante as diferentes estruturas e funções que apresenta, exige que os enfermeiros repensem e adaptem as suas práticas para atender a cada sistema familiar de forma única (Spínola & Figueiredo, 2023).

Cuidar da família requer habilidades especializadas para realizar avaliações familiares precisas e implementar intervenções adequadas que suprimam as necessidades identificadas, com base nos recursos e forças da família (Wright & Leahey, 2013).

Da mesma forma que os enfermeiros desenvolveram capacidades para trabalhar com as famílias, há necessidade de desenvolver os registos de enfermagem de saúde familiar e respetivos indicadores que deem visibilidade ao trabalho realizado por estes profissionais e valorizem esta área de especialização (Hanson, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Os registos de enfermagem no processo familiar traduzem os cuidados prestados à família e os resultados das intervenções, permitindo uma avaliação contínua dos cuidados prestados e avaliação dos ganhos em saúde familiar (Ribeiro, 2019).

Aplicação

USF, UCSP e UCC da ULS Guarda

Responsabilidades

- **Enfermeiro:** Realizar a avaliação familiar e registar os dados de enfermagem no sistema de informação SClínico® CSP.

Procedimento

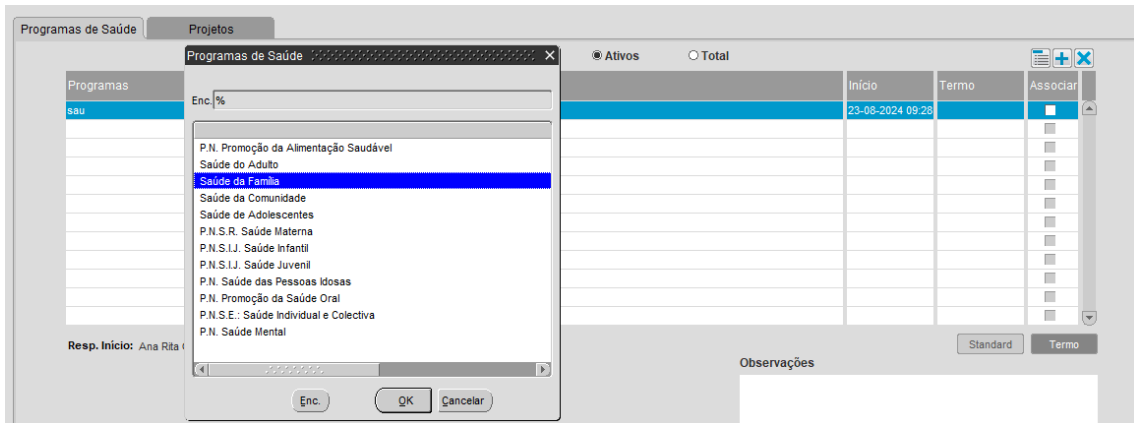
Consulta de enfermagem familiar



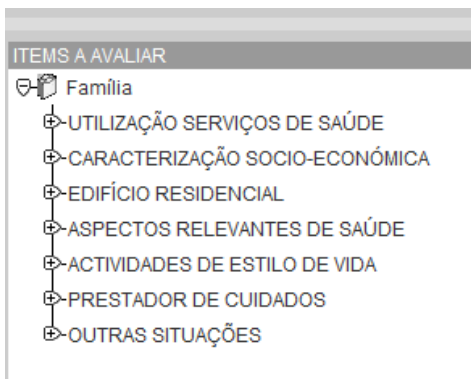
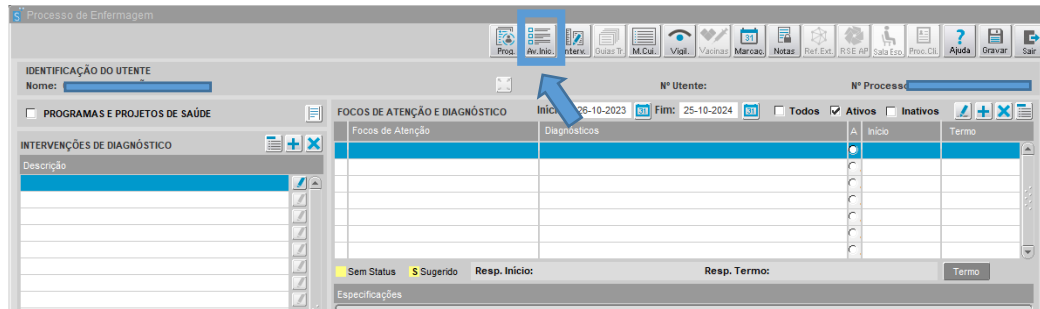
1º Confirmar o agregado familiar;

2º Validar os elementos da família presentes na consulta;

3º Associar o programa de saúde: Saúde da Família;



4º Iniciar o registo na avaliação inicial → Família:



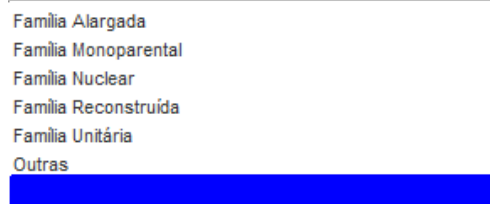
Utilização de Serviços de Saúde

Caracterização socio - económica



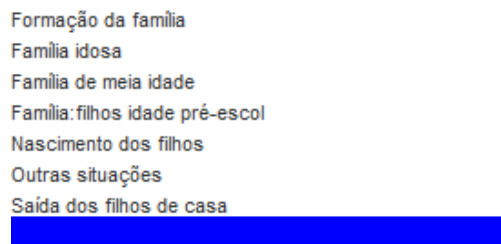
- Tipo de Família (Duvall)

- Família Alargada
- Família Monoparental
- Família Nuclear
- Família Reconstruída
- Família Unitária
- Outras



- Ciclo vida familiar (Duvall)

- Formação da família
- Família idosa
- Família de meia-idade
- Família: filhos idade pré-escolar
- Nascimento dos filhos
- Outras situações
- Saída dos filhos de casa



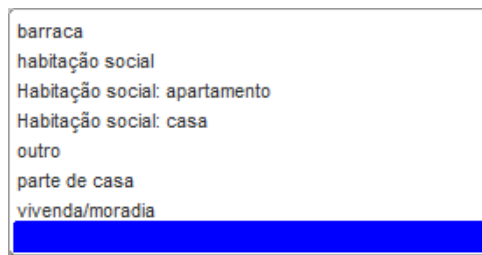
- Rendimentos (sim/não)

- Apoio social (sim/não)

Edifício Residencial

- Tipo: Barraca

- Habitação social
- Habitação social: apartamento
- Habitação social: casa
- Outro
- Parte de casa
- Vivenda/moradia

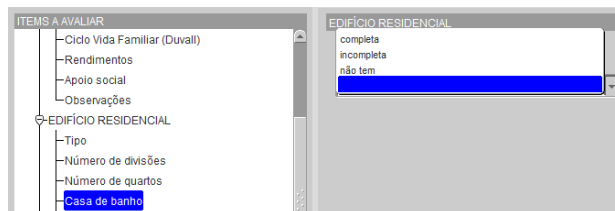


- Número de divisões

- Número de quartos

- Casa de banho: Completa

- Incompleta
- Não tem



- **Localização da casa de banho:** Dentro de casa

Fora de casa

- **Abastecimento de água:** Não tem

- Rede privada: furo
- Rede privada: poço
- Rede pública

- **Saneamento básico:** Não tem

- Rede pública
- Rede privada

- **Eletricidade:** Sim/Não

- **Conservação da habitação:** Adequada

- Inadequada
- Não observado

- **Higiene da habitação:** Adequada
Inadequada
Não observado

Aspectos relevantes de saúde

- Adesão a imunização (T)> 18A
- Doenças crónicas/incapacitantes
- Observações
- Dependentes: auto cuidado
- Especificação: auto cuidado
- Dependentes: cuidado doméstico
- Especific. Cuidado doméstico
- Adaptação da habitação: Sim/não
- Observações gerais

Atividades de estilo de vida

- Uso de tabaco
- Uso de álcool
- Uso de drogas
- Observações gerais

Prestador de Cuidados

- Papéis (especificar)
- Nome/Instituição
- Parentesco
- Escolaridade
- Profissão
- Contacto (telefone)
- Observações gerais

Plano de Cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar

Dimensão Estrutural

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
Rendimento	Rendimento não insuficiente	
	Rendimento insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar rendimentos • Ensinar a gerir o rendimento da família • Requerer serviço social
Habitação	Edifício residencial seguro	
	Edifício residencial não seguro	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar habitação • Avaliar conhecimento sobre habitação • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento • Requerer serviço social
Precaução de segurança	Sem precaução de segurança comprometida	
	Precaução de segurança comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar precaução de segurança • Executar medidas de segurança • Gerir medidas de segurança • Avaliar conhecimento sobre medidas de segurança
Abastecimento de água	Abastecimento de água adequado	
	Abastecimento de água não adequado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar abastecimento de água • Orientar para serviço de tratamento de água • Avaliar conhecimento sobre abastecimento de água • Ensinar a família sobre controlo da qualidade de água
Animal doméstico	Animal doméstico não negligenciado	
	Animal doméstico negligenciado	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a família a tratar parasitose do animal doméstico • Ensinar a família sobre vacinação do animal doméstico • Incentivar a família a tratar da parasitose de animal doméstico

Dimensão de Desenvolvimento

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas
Satisfação conjugal	Satisfação conjugal mantida	
	Satisfação conjugal não mantida	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Avaliar satisfação conjugal:</u> - Relação dinâmica (não efetiva/efetiva) - Comunicação (eficaz / não eficaz) - Interação sexual (não efetiva/efetiva) - Função sexual (comprometida/não comprometida)
Planeamento familiar	Sem planeamento familiar comprometido	
	Planeamento familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar planeamento familiar • Ensinar sobre planeamento familiar • Incentivar comportamento de procura de saúde • Incentivar o envolvimento da família
Adaptação à gravidez	Adaptação à gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Avaliar adaptação à gravidez:</u> - Disposição para gerir novas situações e desafios relacionados com a gravidez - Adota comportamentos redutores de stress
	Potencial para melhorar adaptação à gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida • Ensinar a mãe sobre papel maternal • Ensinar sobre amamentar • Ensinar sobre comportamento de procura de saúde • Ensinar sobre enxoval • Ensinar sobre hábitos de saúde • Ensinar sobre lactação • Ensinar sobre lei e regulamentos (papel parental) • Ensinar sobre medidas de segurança • Ensinar sobre o desenvolvimento fetal • Ensinar sobre o uso de substâncias durante a gravidez • Ensinar sobre prevenção de infeção • Ensinar sobre recursos da comunidade • Ensinar sobre recursos do serviço de saúde: amamentação • Ensinar sobre trabalho de parto • Ensinar sobre visita domiciliária • Envolver mãe e(ou) pai nos cuidados

		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar amamentação • Incentivar aprendizagem de capacidades • Incentivar comportamento de procura de saúde • Incentivar hábitos de saúde • Incentivar ligação mãe-filho • Incentivar mãe e/ou a estabelecer relação com outros pais • Incentivar o envolvimento da família • Incentivar o envolvimento do pai na gravidez • Incentivar tomada de decisão sobre amamentar • Informar sobre papel parental • Informar para o trabalho de parto • Informar sobre curso de preparação para o trabalho de parto e papel parental • Planear trabalho de parto • Providenciar material de leitura
Papel parental	Papel parental não comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) • Avaliar condição do papel parental • Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) • Avaliar papel parental
	Papel parental comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar papel parental • Incentivar desempenho do papel parental • Informar para o papel parental • Negociar o papel parental • Orientar para o serviço de saúde • Promover papel parental

Dimensão Funcional

Foco de atenção	Diagnóstico	Intervenções sugeridas
Papel de Prestador de Cuidados	Sem papel de prestador de cuidados comprometido	
	Papel de prestador de cuidados comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar potencial para tomar conta: <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização para tomar conta - Força de vontade expressa para tomar conta - Nível de participação e envolvimento no processo de ensino-aprendizagem - Nível de apoio percecionado dos familiares/amigos - Nível de apoio percecionado da rede formal - Nível de conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta - Nível de capacidades instrumentais para os cuidados necessários para tomar conta - Qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente - Experiência prévia para tomar conta - Antecedentes de sobrecarga (exaustão, stress) para tomar conta • Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta • Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta • Avaliar papel de prestador de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> - Com compromisso do papel de cuidador - Sem compromisso do papel de cuidador • Encorajar a expressão de medos • Encorajar a requerer informação • Encorajar a usar os serviços da comunidade • Encorajar ação • Encorajar expressão de crenças • Encorajar interação de papéis • Encorajar tomada de decisão



		<ul style="list-style-type: none">• Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão• Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação• Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde• Incentivar a comunicação de emoções• Incentivar envolvimento do prestador de cuidados• Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta• Incentivar o prestador de cuidados para iniciar relações dinâmicas com grupos de suporte• Orientar prestador de cuidados para o serviço social• Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade• Planejar encontro com o prestador de cuidados• Avaliar papel de prestador de cuidados• Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta:<ul style="list-style-type: none">- Alimentação (Não demonstra/demonstra/ não aplicável)- Higiene (Não demonstra/demonstra/ não aplicável)- Eliminação (Não demonstra/demonstra/ não aplicável)- Vestuário (Não demonstra/demonstra/ não aplicável)- Regime Terapêutico (Não demonstra/demonstra/ não aplicável)- Prevenção de complicações associadas a processos corporais (Não demonstra/demonstra/ não aplicável)• Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta:<ul style="list-style-type: none">- Papel de prestador de cuidados (Não demonstra/demonstra)- Tomar conta (Não demonstra/demonstra)
--	--	---



		<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de Saúde (Não demonstra/demonstra) - Recursos da comunidade (Não demonstra/demonstra) - Serviços de saúde (Não demonstra/demonstra)
	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta • Ensinar o prestador de cuidados a monitorizar a tensão arterial • Ensinar o prestador de cuidados a vigiar o pé • Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação • Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se • Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico • Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados • Instruir o prestador de cuidados a administrar insulina • Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento • Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento por via subcutânea • Instruir o prestador de cuidados para monitorizar glicemia capilar
	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o cuidador no uso de dispositivos de ostomia de eliminação • Instruir o prestador de cuidados a administrar insulina • Instruir o prestador de cuidados a alimentar • Instruir o prestador de cuidados a alimentar através de sonda • Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene • Instruir o prestador de cuidados a colocar meias elásticas • Instruir o prestador de cuidados a cuidar da higiene • Instruir o prestador de cuidados a levantar a pessoa • Instruir o prestador de cuidados a otimizar sonda • Instruir o prestador de cuidados a trocar fralda



		<ul style="list-style-type: none">• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o alimentar-se• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o andar• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o auto cuidado: beber• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o auto cuidado: vestuário• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se• Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o transferir-se• Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento• Instruir o prestador de cuidados para aspirar secreções• Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se• Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar• Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha• Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado• Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: beber• Instruir o prestador de cuidados para assistir no erguer-se• Instruir o prestador de cuidados para assistir no levantar-se• Instruir o prestador de cuidados para assistir no posicionar-se• Instruir o prestador de cuidados para assistir no sentar-se• Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se• Instruir o prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário• Instruir o prestador de cuidados para dar banho• Instruir o prestador de cuidados para executar inaloterapia• Instruir o prestador de cuidados para executar oxigenoterapia
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Instruir o prestador de cuidados para monitorizar glicemia capilar • Instruir o prestador de cuidados para posicionar • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta • Instruir o prestador de cuidados para transferir • Instruir o prestador de cuidados para vestir • Instruir o prestador de cuidados para vigiar o pulso • Treinar o prestador de cuidados a administrar medicamento por via subcutânea • Treinar o prestador de cuidados a alimentar • Treinar o prestador de cuidados a alimentar por sonda • Treinar o prestador de cuidados a aspirar secreções • Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se • Treinar o prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha • Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado • Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: beber • Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene • Treinar o prestador de cuidados a assistir no levantar-se
	Stress do prestador de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o <i>stress</i> • Avaliar <i>stress</i> do prestador de cuidados
Processo Familiar	Sem processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Avaliar processo familiar:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Adequado (sim/não) - Comunicação (comprometida/não comprometida) - <i>Coping</i> (comprometida/não comprometida) - Interações de papéis (comprometida/não comprometida) - Relação dinâmica (comprometida/não comprometida) - Conflituoso (sim/não) ** Acrescentar: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar apgar familiar

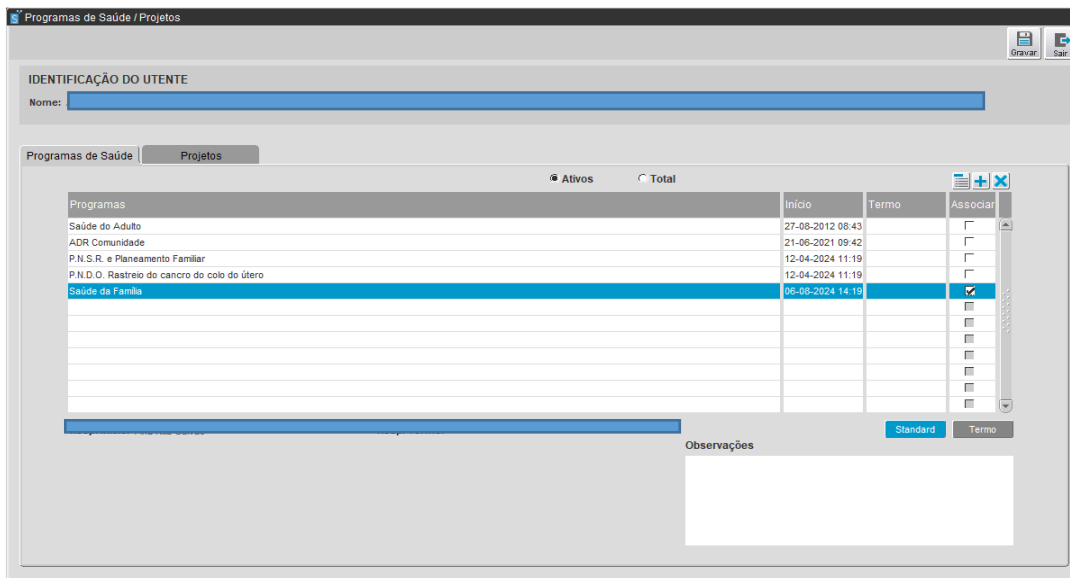
	Processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a família a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes • Incentivar o apoio / suporte da família • Incentivar o envolvimento da família • Negociar o processo familiar • Orientar para a terapia familiar • Otimizar comunicação • Otimizar processo familiar
Coping		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>: não demonstra/demonstra • Avaliar <i>coping</i>: com resposta normal/ com resposta patológica • Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
	<i>Coping</i> comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a comunicação de emoções • Incentivar o envolvimento da família • Instruir sobre estratégias • Ensinar sobre <i>coping</i>
Comunicação	Sem comunicação comprometida	
	Comunicação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comunicação • Incentivar comunicação • Incentivar o apoio/suporte da família • Otimizar comunicação
Suporte	Sem suporte comprometido	
	Com suporte comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar suporte • Incentivar interação social com grupo de suporte • Incentivar o apoio/suporte da família • Orientar para grupo de suporte

Consulta de enfermagem individual

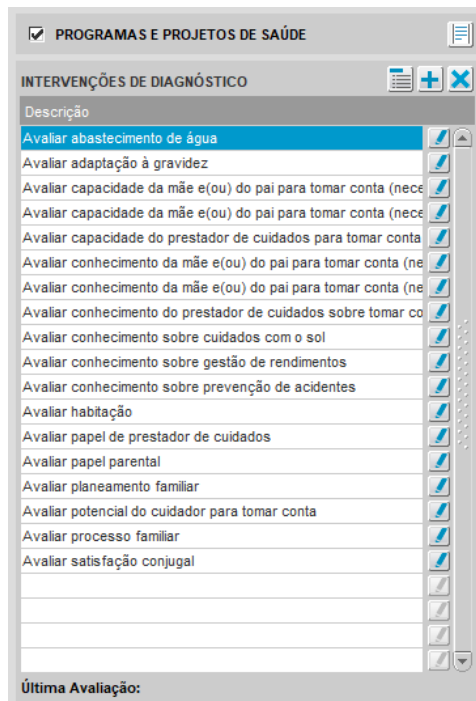
➔ Processo familiar



Associar Programa de Saúde: Saúde da Família



Selecionar as intervenções de diagnóstico adequadas à família:



Avaliação inicial → Processo familiar

ITEMS A AVALIAR

- ☑ Utente
- ☑ TRIAGEM COVID-19
- ☑ UTILIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE
- ☑ SAÚDE DO ADULTO
- ☑ DADOS GERAIS
- ☑ APOIO SOCIAL
- ☑ ANTECEDENTES PESSOAIS
- ☑ SITUAÇÃO PROFISSIONAL
- ☑ SAÚDE DA MULHER
- ☑ SITUAÇÕES ESPECIAIS
- ☑ PRESTADOR CUIDADOS
- ☑ SAÚDE INFANTIL
- ☑ OUTROS
- ☑ TEGUMENTOS
- ☑ SAÚDE JUVENIL
- ☑ APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO
- ☑ AJUDANTE DE SAÚDE

Registado por _____ Data _____ Hora _____

POR PROGRAMA

Serviço UCSP FORNOS ALGODRES Nº Contacto 8701561

Processo Familiar Copia

Preencher as escalas, selecionando os dados adequados:

- Habitação:

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

Data de registo

Tipo de alojamento

- Alojamento móvel
- Apartamento
- Barraca/casebre
- Desconhecido
- Hotel/pensão
- Instituição
- Morada
- Outro
- Quarto/parte de casa
- Sem alojamento

Regime de ocupação

- Arendada
- Cedida
- Desconhecido
- Mau
- Outro
- Própria

Tipologia

- Desconhecido
- Não aplicável
- T0
- T1
- T2
- T3 ou mais

Salubridade da zona residencial

- Desconhecida
- Insalubre
- Salubre

Estado geral de conservação

- Bom
- Desconhecido
- Mau
- Razoável

Casa de banho

- Desconhecida
- Fora do alojamento
- Inexistente
- No alojamento

Higiene

- Boa
- Desconhecida
- Má
- Razoável

Água

- Desconhecido
- Não
- Sim

Distribuição

- Desconhecido
- Fontenário a + de 100m de casa
- Fontenário a - de 100m de casa
- Fora do alojamento
- No alojamento

Origem

- Desconhecida
- Particular
- Rede pública

Conforto

- Bom
- Desconhecido
- Mau
- Razoável

Aquecimento

- Central
- Desconhecido
- Local
- Nenhum

Electricidade

- Desconhecido
- Não
- Sim

Barreiras arquitectónicas

- Desconhecido
- Não
- Sim

Mobiliário e equipamento básico

- Desconhecido
- Insuficiente
- Suficiente

No interior

No exterior

- Escala de Graffar:

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

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

Classe Social

- Ciclo Vital Familiar de Duvall:

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

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

- Tipo de Família:

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

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

- Risco Familiar de Garcia-Gonzalez

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

- Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.
- Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
- Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
- Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Pontuação

- Risco Familiar Segovia Dreyer

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

<input type="checkbox"/> Morbilidade crónica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Droga
<input type="checkbox"/> Hospitalizações frequentes	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Mãe analfabeta	<input type="checkbox"/> Ausência de um dos pais
<input type="checkbox"/> Mãe solteira	<input type="checkbox"/> Pais analfabetos
<input type="checkbox"/> Chefe de família desempregado	<input type="checkbox"/> Apgar familiar < 4
<input type="checkbox"/> Ausência temporária de um dos pais	<input type="checkbox"/> Filho grande deficiente
<input type="checkbox"/> Chefe de família com emprego temporário	<input type="checkbox"/> Chefe de família preso
<input type="checkbox"/> Morte de Pai ou de Mãe	<input type="checkbox"/> Filho com carências afectivas graves

Pontuação

Sugestão de indicadores:

Os indicadores são ferramentas essenciais na área da saúde para monitorizar, avaliar e aprimorar os cuidados prestados às famílias (Ramalho et al., 2019).

Constatando a inexistência de indicadores no âmbito da enfermagem de saúde familiar e reconhecendo a sua importância para a ULS Guarda, unidades funcionais, enfermeiros de família e famílias, sugere-se alguns indicadores de resultado para as três dimensões avaliativas dos modelos de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Foco	Indicador	Fórmula	Periodicidade
Avaliação Estrutural	Proporção de famílias avaliadas na dimensão estrutural	$(\text{N}^\circ \text{ de famílias com tipo de estrutura identificado} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias}) \times 100$	Anual
		$(\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Edifício Residencial} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias}) \times 100$	
		$(\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Rendimento Familiar} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias}) \times 100$	
		$(\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Precaução de Segurança} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias}) \times 100$	
		$(\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Abastecimento de Água} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias}) \times 100$	
		$(\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em Animal Doméstico} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias}) \times 100$	
Avaliação de Desenvolvimento	Proporção de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento	$(\text{N}^\circ \text{ de famílias com etapa do ciclo vital familiar identificadas} / \text{N}^\circ \text{ total de famílias}) \times 100$	Anual

		(Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal) X 100	Anual
		(Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil) X 100	
		(Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez /Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez) X 100	
		(Nº de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental) X 100	
Avaliação Funcional	Proporção de famílias avaliadas na dimensão funcional	(Nº de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador Cuidados /Nº total de famílias com membro dependente) X 100	Anual
		(Nº de famílias avaliadas em Processo Familiar /Nº total de famílias) X 100	

Fonte: Adaptado Escola Superior de Enfermagem do Porto (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários - Indicadores de ganhos em saúde. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/indicadores_de_ganhos_em_saude.pdf; Escola Superior de Enfermagem do Porto (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários - Mapeamento de indicadores. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/mapeamentoindicadores.pdf

Sugestões de melhoria:

- Integrar novos instrumentos de avaliação familiar e atualizar os existentes:

Os instrumentos de avaliação familiar auxiliam na compreensão da dinâmica da família e possibilitam identificar áreas mais sensíveis dentro do sistema familiar que requerem uma análise mais detalhada (Henriques e Santos 2019).

Incluir no SClínico® CSP, perfil do enfermeiro, a Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* permitiria aos enfermeiros identificar nas famílias, num espaço temporal de um ano, os acontecimentos geradores de *stress* decorrentes de transições familiares (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023a), e com a aplicação da *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES* avaliar a relação dinâmica da família e compreender como os próprios elementos percecionam a coesão e adaptabilidade familiar (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023b). A Escala de Readaptação Social de *Holmes e Rahe* encontra-se disponível no SClínico® CSP no perfil médico.

O genograma e o ecomapa são considerados instrumentos fundamentais para complementar a avaliação estrutural da família (Wright & Leahey, 2013), porque apresentam de forma gráfica informações relevantes, proporcionando uma rápida visualização e interpretação. Também colaboram na identificação de necessidades, definição de diagnósticos familiares e planeamento de intervenções mais eficazes (Figueiredo, 2023a; Figueiredo, 2023b). Diversos estudos descrevem que os enfermeiros consideram muito importante a integração destes instrumentos para a avaliação familiar, mas não os executam na sua prática clínica, devido à impossibilidade de registo em SClínico® CSP (Nunes, 2016).

O modelo explicativo do Ciclo Vital Familiar integrado no SClínico® CSP foi desenvolvido por *Duvall* em 1950, mas atualmente o modelo mais utilizado em Portugal é o da psicoterapeuta familiar Ana Paula Relvas por ser mais compendioso e adaptado à população portuguesa (Relvas, 2000). Ao atualizar o modelo explicativo do Ciclo Vital Familiar acarreta também uma atualização dos tipos de família consoante o mesmo autor.

- Definir diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde familiar de acordo com a versão mais atual da CIPE (versão 2019):

A linguagem CIPE permite descrever de forma clara, precisa, uniformizada e objetiva as intervenções, diagnósticos e resultados relacionados à prática de enfermagem de saúde familiar, proporcionando uma forma padronizada, clara e eficiente de documentar o cuidado de enfermagem, fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, da comunicação entre os profissionais de saúde e da gestão de dados clínicos (Santos et al., 2016).

Exemplo:

Foco de atenção	Diagnóstico atual	Diagnóstico CIPE 2019
Rendimento	Rendimento insuficiente	Rendimento inadequado
Abastecimento de água	Abastecimento de água não adequado	Abastecimento de água inadequado
Processo Familiar	Sem processo familiar comprometido	Processo familiar efetivo
<i>Coping</i> familiar		<i>Coping</i> familiar efetivo

Fonte: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2020). CIPE - Português. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

- Administrar formação nas USF e UCSP da ULS da Guarda sobre avaliação familiar e respetivos registos:

A administração de formação aos enfermeiros de cada unidade funcional dos CSP da ULS da Guarda seria essencial para fomentar e uniformizar a avaliação familiar e respetivos registos no processo familiar e enaltecer a enfermagem de saúde familiar.

Referências Bibliográfias

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2020). CIPE - Português. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários - Indicadores de ganhos em saúde. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/indicadores_de_ganhos_em_saude.pdf

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários - Mapeamento de indicadores. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/mapeamentoindicadores.pdf

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2023a). Genograma. In Figueiredo, M. H., Enfermagem de Saúde Familiar (pp. 431-432). Lidel;

Figueiredo, M. H. (2023b). Ecomapa. In Figueiredo, M. H., Enfermagem de Saúde Familiar (pp. 350-352). Lidel;

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantes, M. J. (2023a). Escala de APGAR Familiar de Smilkstein. In Figueiredo, M. H., Enfermagem de Saúde Familiar (pp. 359-360). Lidel.

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantes, M. J. (2023b). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES. In Figueiredo, M. H., Enfermagem de Saúde Familiar (pp. 361-368). Lidel.

Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. Camarate: Lusociência.

Henriques, C. M. G. & Santos, E. J. J. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.

Nunes, M. F. M. S. (2016). Enfermeiro de Família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: Perspetiva do Enfermeiro. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Ria, Repositório institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/17196>

Ordem dos Enfermeiros (2007, outubro). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Relvas, A. (2000). O ciclo vital da família: Prespectiva sistémica (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento

Ribeiro, M. R. S. M. (2019). Os Registos de Enfermagem Como Uma Estratégia Indispensável Para Assegurar A Continuidade dos Cuidados. Revista Sinais Vitais (129), 29-41.

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contribuições das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, (49), 153-171, <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>

Spínola, A. & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de Família. In Figueiredo, M. H., *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 92-95). Lidel;

Wright, L.M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6ª ed.) F.A. Davis Company: Philadelphia.

Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00			Versão Inicial.	

*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

Apêndice X
Instrumento de colheita de dados

A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários

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 a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Gouveia, encontramos-nos a desenvolver uma investigação intitulada “A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários”. Vimos convidá-lo a responder a um questionário que servirá de suporte ao projeto de investigação, que tem como objetivo: avaliar as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família no processo de cuidados.

Solicitamos que preencha a totalidade do questionário de forma sincera, refletindo na sua prática profissional, não existindo respostas certas ou erradas. O tempo médio de resposta ao questionário é cerca de 10 minutos. Este questionário é de carácter anónimo, individual, confidencial e a sua participação voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Obrigada pelo tempo despendido.

Gratas pela sua participação.

Equipa Investigadora:

Ana Rita Galvão, 1º CMES-ESF

arogalvao94@hotmail.com

Professora Doutora Odete Amaral, ESSV

mamaral@essv.ipv.pt

Se após a leitura do texto introdutório se considerar devidamente informado(a) e aceitar participar neste estudo, por favor responda a este questionário.

Questionário:

Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

1. Género:

- 1 Masculino
- 2 Feminino
- 3 Prefiro não responder

2. Idade: _____ anos

3. Grau Académico

- 1 Bacharelato
- 2 Licenciatura
- 3 Mestrado. Área _____
- 4 Doutoramento. Área _____

4. Título profissional:

- ₁ Enfermeiro/a
₂ Enfermeiro/a especialista. Área _____
₃ Enfermeiro/a gestor

5. Tempo de exercício profissional: _____ anos

5.1. Tempo de exercício profissional em cuidados de saúde primários: _____ anos

6. Serviço onde desempenha funções:

- ₁ USF Modelo A ₂ USF Modelo B ₃ UCSP

7. Desempenha funções de Enfermeiro/a de família?

- ₁ Sim ₂ Não

8. Possui formação em Enfermagem de Saúde Familiar?

- ₁ Sim ₂ Não

8.1. Se **Sim**, assinale o(s) contexto(s) onde desenvolveu o processo formativo.

- ₁ Licenciatura em Enfermagem
₂ Autoformação
₃ Partilha com colegas mais experientes
₄ Formação em serviço
₅ Congressos/Jornadas/Workshops/Cursos
₆ Pós-graduação
₇ Mestrado
₈ Doutoramento
₉ Outro. Qual? _____

(Se respondeu **Não** à questão **nº 7** a sua participação no estudo chegou ao fim. Se respondeu **Sim**, por favor, siga para a parte II do questionário).

**Parte II – Escala IFCE-AE – A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem –
Atitudes dos Enfermeiros (Oliveira et al, 2011)**

Por favor, leia com atenção cada item da escala seguinte e **assinale o correspondente à sua opinião**, tendo em consideração o seu grau de concordância, em que:

1. Discordo completamente

2. Discordo

3. Concordo

4. Concordo completamente

Não há respostas certas ou erradas.

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

Parte III – Escala de Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF)

(Freitas, 2006)

Por favor, leia com atenção cada item da escala seguinte e **assinale os correspondentes à sua opinião**, tendo em consideração o seu grau de concordância. **Não há respostas certas ou erradas.**

PRÁTICA DIÁRIA (a): Pense cuidadosamente acerca de cada item e em que medida esses aspetos são incluídos na sua **PRÁTICA DIÁRIA**. Selecione o que melhor se adequa à sua opinião na coluna correspondente à **PRÁTICA DIÁRIA**.

IMPORTÂNCIA (b): Pense cuidadosamente acerca de cada item e em que medida os considera **IMPORTANTES** para o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem de Família. Selecione o que melhor se adequa à sua opinião na coluna da **IMPORTÂNCIA**.

	Prática Diária (a)				Importância (b)			
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
<i>Na avaliação / intervenção às famílias as(os) Enfermeiras(os) ...</i>								
1. ... realizam uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes.								
2. ... realizam a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar.								
3. ... utilizam instrumento(s) de avaliação familiar.								
4. ... constroem o genograma familiar.								
5. ... constroem o ecomapa familiar.								
6. ... identificam os membros que compõem a família.								
7. ... identificam os subsistemas que compõem a família.								
8. ... identificam os limites que existem entre os subsistemas familiares.								
9. ... analisam a interação entre os membros da família.								
10. ... analisam o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família.								
11. ... identificam os vínculos existentes entre os diferentes membros da família.								
12. ... identificam os papéis dos elementos da família (ex. papel de mãe, de dona de casa...).								
13. ... analisam em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar.								
14. ... identificam a etapa do ciclo vital da família.								
15. ... identificam as tarefas/funções inerentes à etapa do ciclo vital da família.								
16. ... identificam pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, igreja, ...) para a família.								
17. ... identificam o contexto sociocultural da família (ex. etnia, classe social, ...).								
18. ... identificam os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de								

44. ... avaliam os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos.									
45. ... avaliam os resultados das intervenções em conjunto com a família.									
46. ... avaliam os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar.									
47. ... avaliam os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).									
48. ... avaliam os resultados das intervenções utilizam um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação.									

1. Na avaliação / intervenção às famílias as(os) Enfermeiras(os) identificam o tipo de família?

- ₁ Sim ₂ Não

2. Efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família?

- ₁ Sim ₂ Não

2.1 Se **Não** efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família, selecione o(s) motivo(s) que o justifique:

- ₁ Falta de tempo
- ₂ Falta de um espaço adequado que permita a reflexão da prática
- ₃ Desconhecimento do que registar sobre a família
- ₄ Desconhecimento de como realizar esses registos no SClinico CSP®
- ₅ Inexistência de um guia orientador de registos sobre a família
- ₆ Outro, qual? _____

3. Considera o sistema de informação SClinico Cuidados de Saúde Primários® facilitador nos registos sobre a família?

- ₁ Sim ₂ Não

3.1 Se respondeu **Não** à pergunta anterior, assinale o(s) motivo(s)?

- ₁ Desadequado
- ₂ Pouco prático
- ₃ Pouco intuitivo
- ₄ Apresenta limitações
- ₅ Outro, qual? _____

4. Existe na sua Unidade de Saúde um guia orientador ou protocolo para a avaliação familiar e respetivos registos?

- ₁ Sim ₂ Não

5. Numa escala de 1 a 5, classifique a importância de um guia orientador ou protocolo para a avaliação familiar e seus registos? Coloque um círculo à volta do número que melhor avalia a sua opinião.

1 Nada importante	2 Pouco importante	3 Importante	4 Muito importante	5 Extremamente importante
-----------------------------	------------------------------	------------------------	------------------------------	-------------------------------------

6. Numa escala de 1 a 5, classifique a importância de incorporar nos Cuidados de Saúde Primários uma consulta de Enfermagem de Saúde Familiar? Coloque um círculo à volta do número que melhor avalia a sua opinião.

1 Nada importante	2 Pouco importante	3 Importante	4 Muito importante	5 Extremamente importante
-----------------------------	------------------------------	------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Gratas pela colaboração!

Apêndice XI
Análise estatística da escala PEEF

Prática Diária (a)	n (%)				Média
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
<i>Na avaliação / intervenção às famílias as(os) Enfermeiras(os) ...</i>					
1. ...realizam uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes.	1 (1,6)	27 (42,2)	29 (45,3)	7 (10,9)	2,66
2. ... realizam a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar.	9 (14,1)	35 (54,7)	18 (28,1)	2 (3,1)	2,20
3. ... utilizam instrumento(s) de avaliação familiar.	17 (26,6)	34 (53,1)	10 (15,6)	3 (4,7)	1,98
4. ... constroem o genograma familiar.	39 (60,9)	21 (32,8)	3 (4,7)	1 (1,6)	1,47
5. ... constroem o ecomapa familiar.	40 (62,5)	21 (32,8)	3 (4,7)	0	1,42
6. ...identificam os membros que compõem a família.	3 (4,7)	22 (34,4)	26 (40,6)	13 (20,3)	2,77
7. ...identificam os subsistemas que compõem a família.	14 (21,9)	28 (43,8)	18 (28,1)	4 (6,3)	2,19
8. ...identificam os limites que existem entre os subsistemas familiares.	20 (31,3)	21 (32,8)	19 (29,7)	4 (6,3)	2,11
9. ...analisa a interação entre os membros da família.	1 (1,6)	24 (37,5)	29 (45,3)	10 (15,6)	2,75
10. ...analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família.	4 (6,3)	16 (25)	35 (54,7)	9 (14,1)	2,77
11. ...identificam os vínculos existentes entre os diferentes membros da família.	3 (4,7)	18 (28,1)	34 (53,1)	9 (14,1)	2,77
12. ...identificam os papéis dos elementos da família (ex. papel de mãe, de dona de casa...).	5 (7,8)	18 (28,1)	28 (43,8)	13 (20,3)	2,77
13. ...analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar.	7 (10,9)	25 (39,1)	26 (40,6)	6 (9,4)	2,48
14. ...identificam a etapa do ciclo vital da família.	13 (20,3)	18 (28,1)	26 (40,6)	7 (10,9)	2,42
15. ...identificam as tarefas/funções inerentes à etapa do ciclo vital da família.	12 (18,8)	19 (29,7)	27 (42,2)	6 (9,4)	2,42
16. ...identificam pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, igreja, ...) para a família.	6 (9,4)	31 (48,4)	24 (37,5)	3 (4,7)	2,38
17. ...identificam o contexto sociocultural da família (ex. etnia, classe social, ...).	4 (6,3)	24 (37,5)	29 (45,3)	7 (10,9)	2,61
18. ...identificam os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação...).	5 (7,8)	26 (40,6)	28 (43,8)	5 (7,8)	2,52
19. ...analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade.	3 (4,7)	11 (17,2)	42 (65,6)	8 (12,5)	2,86
20. ...identificam as crenças/valores que norteiam a família.	3 (4,7)	28 (43,8)	30 (46,9)	3 (4,7)	5,52
21. ...avaliam a capacidade da família para lidar com os seus problemas.	1 (1,6)	16 (25)	36 (56,3)	11 (17,2)	2,89
22. ... analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde.	2 (3,1)	12 (18,8)	41 (64,1)	9 (14,1)	2,89

23. ... analisam a história de saúde da família.	0	17 (26,6)	35 (54,7)	12 (18,8)	2,92
24. ... identificam a situação de saúde dos membros da família.	0	13 (20,3)	41 (64,1)	10 (15,6)	2,95
25. ...identificam os comportamentos da família face à saúde/doença.	1 (1,6)	11 (17,2)	44 (68,8)	8 (12,5)	2,92
26. ...identificam as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros.	2 (3,1)	16 (25)	36 (56,3)	10 (15,6)	2,84
27. ...efetuam o registo de todos os dados obtidos sobre a família.	8 (12,5)	25 (39,1)	23 (35,9)	8 (12,5)	2,48
28. ...em conjunto com a família, validam a avaliação inicial.	13 (20,3)	23 (35,9)	25 (39,1)	3 (4,7)	2,28
29. ...em conjunto com a família, identificam necessidades reais e/ou potenciais da família.	8 (12,5)	21 (32,8)	30 (46,9)	5 (7,8)	2,50
30. ...em conjunto com a família, priorizam as necessidades.	6 (9,4)	17 (26,6)	36 (56,3)	5 (7,8)	2,63
31. ...identificam as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados.	7 (10,9)	17 (26,6)	34 (53,1)	6 (9,4)	2,61
32. ...em conjunto com a família, apuram os objetivos a serem alcançados.	7 (10,9)	20 (31,3)	32 (50)	5 (7,8)	2,55
33. ...em conjunto com a família, validam as intervenções para o(s) problema(s) identificados.	6 (9,4)	17 (26,6)	36 (56,3)	5 (7,5)	2,63
34. ...em conjunto com a família, determinam a calendarização das consultas de enfermagem.	0	12 (18,8)	30 (46,9)	22 (34,4)	3,16
35. ...apoiam a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados.	0	18 (28,1)	32 (50)	14 (21,9)	2,94
36. ...reconhecem que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente.	1 (1,6)	17 (26,6)	38 (59,4)	8 (12,5)	2,83
37. ...dirigem a sua intervenção aos membros da família saudáveis e ao doente.	1 (1,6)	15 (23,4)	38 (59,4)	10 (15,6)	2,89
38. ...empenham-se para promover a mudança na família.	1 (1,6)	12 (18,8)	44 (68,8)	7 (10,9)	2,89
39. ...mudam o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família.	0	16 (25)	39 (60,9)	9 (14,1)	2,89
40. ...facilitam o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família.	0	8 (12,5)	44 (68,8)	12 (18,8)	3,06
41. ...utilizam as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados.	2 (3,1)	10 (15,6)	43 (67,2)	9 (14,1)	2,92
42. ...inseridos na equipa multidisciplinar, dinamizam reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares.	16 (25)	25 (39,1)	17 (26,6)	6 (9,4)	2,20
43. ...avaliam os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família.	11 (17,2)	20 (31,3)	25 (39,1)	8 (12,5)	2,47
44. ...avaliam os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos.	9 (14,1)	19 (29,7)	29 (45,3)	7 (10,9)	2,53
45. ...avaliam os resultados das intervenções em conjunto com a família.	13 (20,3)	23 (35,9)	24 (37,5)	4 (6,3)	2,30
46. ...avaliam os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar.	10 (15,6)	22 (34,4)	27 (42,2)	5 (7,8)	2,42

47. ...avaliam os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	9 (14,1)	22 (34,4)	28 (43,8)	5 (7,8)	2,45
48. ...avaliam os resultados das intervenções utilizam um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação.	14 (21,9)	21 (32,8)	27 (42,2)	2 (3,1)	2,27

<i>Importância</i>	<i>n(%)</i>				<i>Média</i>
	<i>Nada importante</i>	<i>Pouco importante</i>	<i>Importante</i>	<i>Muito importante</i>	
<i>Na avaliação / intervenção às famílias as(os) Enfermeiras(os) ...</i>					
1. ... realizam uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes.	0	0	30 (46,9)	34 (53,1)	3,53
2. ... realizam a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar.	0	0	34 (53,1)	30 (46,9)	3,47
3. ... utilizam instrumento(s) de avaliação familiar.	0	3 (4,7)	35 (54,7)	26 (40,6)	3,36
4. ... constroem o genograma familiar.	1 (1,6)	6 (9,4)	34 (53,1)	23 (35,9)	3,23
5. ... constroem o ecomapa familiar.	2 (3,1)	5 (7,8)	35 (54,7)	22 (34,4)	3,20
6. ... identificam os membros que compõem a família.	1 (1,6)	1 (1,6)	26 (40,6)	36 (56,3)	3,52
7. ... identificam os subsistemas que compõem a família.	1 (1,6)	4 (6,3)	35 (54,7)	24 (37,5)	3,28
8. ... identificam os limites que existem entre os subsistemas familiares.	1 (1,6)	5 (7,8)	34 (53,1)	24 (37,5)	3,27
9. ... analisam a interação entre os membros da família.	0	1 (1,6)	25 (39,1)	38 (59,4)	3,58
10. ... analisam o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família.	1 (1,6)	0	29 (45,3)	34 (53,1)	3,50
11. ... identificam os vínculos existentes entre os diferentes membros da família.	0	1 (1,6)	28 (43,8)	35 (54,7)	3,53
12. ... identificam os papéis dos elementos da família (ex. papel de mãe, de dona de casa...).	0	1 (1,6)	29 (45,3)	34 (53,1)	3,52
13. ... analisam em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar.	1 (1,6)	2 (3,1)	32 (50)	29 (45,3)	3,39
14. ... identificam a etapa do ciclo vital da família.	0	1 (1,6)	36 (56,3)	27 (42,2)	3,41
15. ... identificam as tarefas/funções inerentes à etapa do ciclo vital da família.	0	0	35 (54,7)	29 (45,3)	3,45
16. ... identificam pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, igreja, ...) para a família.	0	4 (6,3)	35 (54,7)	25 (39,1)	3,33
17. ... identificam o contexto sociocultural da família (ex. etnia, classe social, ...).	0	4 (6,3)	34 (53,1)	26 (40,6)	3,34
18. ... identificam os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação...).	0	0	41 (64,1)	23 (35,9)	3,36
19. ... analisam o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade.	1 (1,6)	2 (3,1)	34 (53,1)	27 (42,2)	3,36
20. ... identificam as crenças/valores que norteiam a família.	1 (1,6)	2 (3,1)	35 (54,7)	26 (40,6)	3,34
21. ... avaliam a capacidade da família para lidar com os seus problemas.	0	0	34 (53,1)	30 (46,9)	3,47
22. ... analisam a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde.	0	0	30 (46,9)	34 (53,1)	3,53
23. ... analisam a história de saúde da família.	0	1 (1,6)	29 (45,3)	34 (53,1)	3,52
24. ... identificam a situação de saúde dos membros da família.	0	0	33 (51,6)	31 (48,4)	3,48

25. ... identificam os comportamentos da família face à saúde/doença.	0	0	32 (50)	32 (50)	3,50
26. ... identificam as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros.	0	0	29 (45,3)	35 (54,7)	3,55
27. ... efetuam o registo de todos os dados obtidos sobre a família.	0	1 (1,6)	29 (45,3)	34 (53,1)	3,52
28. ... em conjunto com a família, validam a avaliação inicial.	0	3 (4,7)	34 (53,1)	27 (42,2)	3,38
29. ... em conjunto com a família, identificam necessidades reais e/ou potenciais da família.	0	0	35 (54,7)	29 (45,3)	3,45
30. ... em conjunto com a família, priorizam as necessidades.	0	2 (3,1)	34 (53,1)	28 (43,8)	3,41
31. ... identificam as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados.	0	1 (1,6)	34 (53,1)	29 (45,3)	3,44
32. ... em conjunto com a família, apuram os objetivos a serem alcançados.	0	0	33 (51,6)	31 (48,4)	3,48
33. ... em conjunto com a família, validam as intervenções para o(s) problema(s) identificados.	0	0	34 (53,1)	30 (46,9)	3,47
34. ... em conjunto com a família, determinam a calendarização das consultas de enfermagem.	0	0	24 (37,5)	40 (62,5)	3,63
35. ... apoiam a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados.	0	0	25 (39,1)	39 (60,9)	3,61
36. ... reconhecem que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente.	0	1 (1,6)	33 (51,6)	30 (46,9)	3,45
37. ... dirigem a sua intervenção aos membros da família saudáveis e ao doente.	0	1 (1,6)	26 (40,6)	37 (57,8)	3,56
38. ... empenham-se para promover a mudança na família.	0	3 (4,7)	28 (43,8)	33 (51,6)	3,47
39. ... mudam o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família.	0	0	36 (56,3)	28 (43,8)	3,44
40. ... facilitam o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família.	0	0	27 (42,2)	37 (57,8)	3,58
41. ... utilizam as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados.	0	0	30 (46,9)	34 (53,1)	3,53
42. ... inseridos na equipa multidisciplinar, dinamizam reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares.	0	3 (4,7)	32 (50)	29 (45,3)	3,41
43. ... avaliam os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família.	0	1 (1,6)	34 (53,1)	29 (45,3)	3,44
44. ... avaliam os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos.	0	1 (1,6)	33 (51,3)	30 (46,9)	3,45
45. ... avaliam os resultados das intervenções em conjunto com a família.	0	2 (3,1)	33 (51,6)	29 (45,3)	3,42
46. ... avaliam os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar.	0	2 (3,1)	33 (51,6)	29 (45,3)	3,42
47. ... avaliam os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	0	1 (1,6)	35 (54,7)	28 (43,8)	3,42
48. ... avaliam os resultados das intervenções utilizam um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação.	0	1 (1,6)	40 (62,5)	23 (35,9)	3,34

Anexos

Anexo I**Certificado de Formação Profissional - Gestão de Conflitos**

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que ANA RITA OLIVEIRA GALVÃO natural de Seia nascida em 28/02/1994, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 14608649 válido até 27/11/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Gestão de Conflitos, em 17/12/2024, com a duração de 7:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Conflitos interpessoais e intergrupais nas organizações	2:00	-
O papel da comunicação na gestão de conflitos	2:00	-
Estratégias de Gestão de Conflitos	3:00	-

Lisboa, 07 de janeiro de 2025

O(A) Responsável pelo(a) SinASE, RH - Recursos Humanos, Estudos e Desenvolvimento de Empresas, Lda.

CARLA FILIPA
RAMALHO

Assinado de forma
digital por CARLA
FILIPA RAMALHO

(Assinatura e selo branco ou corado)

GONCALVES
PEREIRA

GONCALVES PEREIRA
Dados: 2025.01.09
18:53:22 Z

Certificado n.º 121/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo II**Certificado de Formação Profissional - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Ana Rita Oliveira Galvão**, natural de Seia, nascido(a) em 28-02-1994, com o N° de Identificação Civil 14608649, frequentou a ação de formação “**Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**”, em 05-12-2024, com a duração de 02:00 horas.

Unidades de Formação / Módulos / Outras Designações


Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI):

- Definição e objetivos da RNCCI
- Dinâmica da RNCCI (EGA, ECL, ECR)
- Critérios versus tipologias RNCCI versus aplicativo RNCCI

Metodologia: Método Expositivo/Ativo/interrogativo

Guarda, 30 de dezembro de 2024

A Coordenadora da
Unidade de Formação da ULSG


Enf.ª Anabela Gil

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 4761 / 2024 / ULSG

Anexo III**Certificado de Participação na Tertúlia - “Vamos falar sobre SER Família”**

Tertúlia

“Vamos falar sobre Ser Família!”

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

A EAPN Portugal/ Núcleo Distrital da Guarda e a CPCJ de Seia vêm por este meio certificar que Arcy Rita Oliveira Galvão participou na Tertúlia “Vamos falar sobre Ser Família!” que se realizou nas instalações do Solar do Mimo, em Seia, no dia 22 de outubro de 2024, entre as 14h e as 17h.

pl Presidente da Direção da EAPN Portugal

Presidente da CPCJ de Seia



Organização

Apoio



Anexo IV**Anuência dos autores da Escala IFCE-AE e da Escala PEEF**



Re: Solicitação de autorização para utilização da escala - A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros

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

Data qui, 24/10/2024 18:18

Para Ana Rita Galvão <arogalvao94@hotmail.com>

Estimadas, Sr.^a Enf^a Ana Rita Galvão e Sr.^a Enf^a Andreia Mendes

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

Contudo, aconselhamos que seja simultaneamente pedida autorização aos autores originais do instrumento IFCE - AE, embora devam tomar essa decisão com os vossos orientadores do projeto de investigação!

Votos de muito sucesso!

Com os melhores cumprimentos,

Prof^a Palmira Oliveira

A 2024-10-10 22:56, Ana Rita Galvão escreveu:

> Exm^a Professora Doutora Palmira Oliveira

>

> Eu Ana Rita Galvão e Andreia Mendes somos enfermeiras e estudantes
> do Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde
> Familiar da Escola Superior de Saúde de Viseu e no âmbito do nosso
> projeto de investigação intitulado "A família na lupa dos cuidados
> de saúde primários" com orientação da professora Doutora Odete
> Amaral, gostaríamos de aplicar a escala validada por vossas
> excelências: Escala IFCE-AE – A Importância das Famílias nos
> Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros.

>

> Vimos por este meio solicitar a autorização para aplicação da
> mesma.

>

> Gratas pela atenção que nos possa dispensar.

>

> Cumprimentos,

>

> Ana Rita Galvão

>

> Enviado a partir do Outlook para iOS [1]

>

> Links:

> -----

> [1] <https://aka.ms/o0ukef>



RE: Solicitação de autorização para utilização da escala - Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF)

De Alexandra Paula Costa Freitas <alexandra.freitas@staff.uma.pt>

Data ter, 15/10/2024 09:00

Para Ana Rita Galvão <arogalvao94@hotmail.com>

Cc Andreia Mendes <Andreiafcome1@hotmail.com>; mamaral@essv.ipv.pt <mamaral@essv.ipv.pt>

Bom dia, Ana.

Satisfaz-me muito que queira utilizar a Escala de Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF). Gostaria apenas que posteriormente me enviasse os resultados obtidos no seu estudo.

Desejo as maiores felicidades para o seu trabalho.


Qualquer dúvida não hesite em me contatar.


Com os melhores cumprimentos.


Alexandra Freitas



Professora Alexandra Freitas

 alexandra.freitas@staff.uma.pt

 291705014 ext: 5014

 Campus Universitário da Penteada, Piso 2

 [Universidade da Madeira \(uma.pt\)](http://www.uma.pt)

De: Ana Rita Galvão <arogalvao94@hotmail.com>

Enviado: 14 de outubro de 2024 17:34

Para: Alexandra Paula Costa Freitas <alexandra.freitas@staff.uma.pt>

Cc: Andreia Mendes <Andreiafcome1@hotmail.com>; mamaral@essv.ipv.pt <mamaral@essv.ipv.pt>

Assunto: Solicitação de autorização para utilização da escala - Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF)

Não costuma receber e-mails de arogalvao94@hotmail.com. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Exm^a Professora Doutora Alexandra Freitas,

Eu Ana Rita Galvão e Andreia Mendes somos enfermeiras e estudantes do Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Viseu e no âmbito do nosso projeto de investigação intitulado "A família na lupa dos cuidados de saúde primários" com orientação da professora Doutora Odete Amaral, gostaríamos de aplicar a escala validada por vossa excelência: Escala de Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF).

Vimos por este meio solicitar a autorização para aplicação da mesma.

Gratas pela atenção que nos possa dispensar.

Cumprimentos,

Ana Rita Galvão

Anexo V

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo. Senhor

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 13/12/2024

Enf. Júlio Manuel Salvador Almeida
Presidente; Enfermeiro Gestor

Dr.ª Luciana de Fátima Amâncio Frade
Santos
Vice-Presidente; Assistente Hospitalar

Enf.ª Cristina Nair Ribeiro Patrão
Vogal; Enfermeira Especialista

Prof.ª Ernestina Maria Veríssimo
Batoca Silva
Vogal; Enfermeira Especialista; Prof.ª
Coord. Aposentada

Dr.ª Joana Isabel Faustino Santos
Vogal; Farmacêutica

Dr. Luís Paulo Cunha Trindade e Silva
Vogal; Assistente Hospitalar Graduado

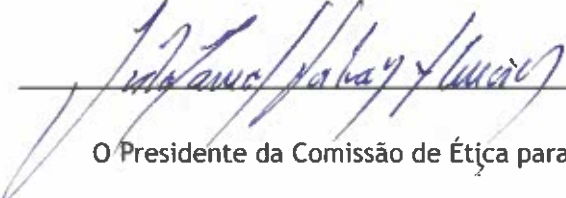
Dr. Manuel Cipriano Nabais
Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários”, cujo o investigador principal é Ana Rita Oliveira Galvão e Andreia Filipa Correia Mendes.

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., reunida a 13 de dezembro de 2024, apreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.

A CES eticamente nada tem opor, pelo que emite *Parecer Favorável* à realização do estudo. No entanto, a CES recomenda que seja atualizado o cronograma.

Com os melhores cumprimentos,



O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde