



**Maria Francisca
Miranda da Silva
Nunes**

**ENFERMEIRO DE FAMÍLIA COMO
CUIDADOR PRIVILEGIADO DE FAMÍLIAS
DE PESSOAS COM FERIDAS NO
DOMICÍLIO: PERSPETIVA DO
ENFERMEIRO**



**Maria Francisca
Miranda da Silva
Nunes**

**ENFERMEIRO DE FAMÍLIA COMO
CUIDADOR PRIVILEGIADO DE FAMÍLIAS
DE PESSOAS COM FERIDAS NO
DOMICÍLIO: PERSPETIVA DO
ENFERMEIRO**

Family nurse as a privileged caregiver of families of patient with wounds in domiciliary context: Nurse's perspective

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor João Lindo Simões, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Professora Doutora Marília Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha família!

O júri

Presidente

Professora Doutora Elsa Melo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Amâncio Carvalho

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da UTAD

Professor Doutor João Filipe Simões (Orientador)

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Ao Professor Doutor João Filipe Simões por ter orientado esta dissertação e pela disponibilidade, pelo incentivo, pela confiança demonstrada e por todos os ensinamentos durante este percurso.

À Professora Doutora Marília Rua pela colaboração e apoio para a conclusão do trabalho.

Aos colegas do ACeS Baixo Vouga que colaboraram no preenchimento do instrumento de recolha de dados.

Às Enfermeiras Ana Isabel Sá, Camila Ventura e Cláudia Araújo pela colaboração e disponibilidade.

Às colegas e amigas Isabel, Sofia e Tatiana pela caminhada que fizemos juntas ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, pelo espírito de apoio e colaboração demonstrado.

À minha família, pelo amor, compreensão e incentivo que ao longo destes anos me dispensaram.

A todos muito obrigada!

Palavras-chave

Enfermeiro de família, Família, Cuidados domiciliários, Pessoa com ferida

Resumo

O envelhecimento da população é uma realidade que tem contribuído para o aumento das doenças crónicas e do número de utentes dependentes com feridas, com necessidade de cuidados no contexto domiciliário. Esta problemática tem implicações na dinâmica familiar, tornando-se preponderante a intervenção não só com a pessoa com ferida, mas também com a sua família. Estas novas necessidades de saúde obrigaram os Cuidados de Saúde Primários a reorganizar-se e surgiram os enfermeiros de família como profissionais de destaque.

Este trabalho tem como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Vouga sobre a sua prática diária na prestação de cuidados com famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário, bem como a importância atribuída a essa prática de enfermagem. Pretendeu-se também, identificar os fatores que os enfermeiros consideram facilitadores ou dificultadores do seu trabalho com estas famílias.

Realizou-se um estudo, predominantemente, quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Os dados foram colhidos através de questionário constituído por uma primeira parte de caracterização da amostra com dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e, uma segunda parte, com duas perguntas abertas e pela escala de avaliação da Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF). O instrumento de recolha de dados foi aplicado a uma amostra de 150 enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), do ACeS Baixo Vouga da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). Quanto ao tratamento dos dados foi feita uma análise descritiva e inferencial, recorrendo ao *Statistical Package for Social Science* (SPSS) e uma análise qualitativa através da análise de conteúdo.

Os resultados obtidos para a Perceção da Prática de Enfermagem com Famílias (PEEF) mostraram que os enfermeiros atribuem à maioria das atitudes, a frequência de "muitas vezes". As variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros não influenciam a PEEF, sendo esta influenciada pelas características de formação dos enfermeiros. Os enfermeiros que frequentaram unidades curriculares sobre família percebem níveis de aplicabilidade na prática, mais elevados, relativamente aos que não frequentaram. Para a Importância Atribuída à Enfermagem com Família (IAEF), a categoria mais relevante na escala foi a "importante". A IAEF é influenciada pelas características sociodemográficas, profissionais e de formação. Os enfermeiros com habilitações literárias superiores (mestrado e doutoramento), os que têm especialidade e se incluem na categoria de enfermeiro especialista ou chefe e os que frequentaram unidades curriculares sobre família ou tiveram formação com conteúdo sobre família disperso, atribuem maior importância à prática de enfermagem de família.

Os enfermeiros atribuem níveis mais elevados à importância dos cuidados de enfermagem a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário comparativamente aos níveis de aplicabilidade na prática dessa mesma abordagem de enfermagem. As características dos cuidados de enfermagem surgem como o fator facilitador mais relevante da prática de enfermagem de família e, como fator dificultador, são referidas as características da instituição.

Keywords

Family nurse; Family; Home care; People with wounds

Abstract

The population ageing is a reality that has contributed to the increase of chronic diseases and the number of dependent people with wounds, with the need of home care. This issue has implications in family dynamics. It is important to take care not only of the person with the wound but also of its family. These new health needs led to the reorganization of primary health care where the family nurses emerged as essential professionals.

The aim of study is to know the perception of family nurses of ACeS Baixo Vouga about its care with families of patient with wounds in domiciliary context and the importance given to this nursing practice with families. On the other hand, to identify the factors that nurses consider as barriers or facilitators in their work with families.

It was made a quantitative, descriptive and correlational study. The instrument used for data collection was a questionnaire with two parts. The first part aim was to characterize the sample with sociodemographic and professional data of the participants and the second one was built with two questions and the scale of the Perception about Family Nursing. The sample consisted of 150 nurses working in primary health care, in USF or UCSP, of ACeS Baixo Vouga, ARSC. The data processing was made by a descriptive and inferential analysis using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) and a qualitative analysis through content analysis.

The results for the subscale the Perception of Family Nursing Practice (PFNP) show that the nurses selected "often" in most of the questions. The PFNP isn't affected by sociodemographic and professional variables. This subscale is only affected by the nurses formation variable. The nurses with curricular formation on family have higher level of applicability of the family nursing in practice. For subscale the Importance Assigned to Family Nursing (IAFN), the most relevant category was "important". The IAFN is affected by sociodemographic, professional and formation variables. The group of nurses with a higher degree of education (masters and PhDs), specialized nurses, chiefs and nurses with curricular formation give more importance to the family nursing.

Nurses attribute a higher level of importance on the nurse's care with families of patient with wounds in the domiciliary context than on the applicability of the family nursing in practice. The characteristics of nursing care are the most relevant facilitator factor in the family nursing practice. The characteristics of the institution are the most mentioned as the barrier factor.

Abreviaturas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

IAEF – Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias

ICN - *International Council of Nurse*

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEEF – Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias

PPEF – Perceção da Prática de Enfermagem com Famílias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	17
1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: O CUIDAR DA FAMÍLIA.....	19
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA PESSOA COM FERIDA	25
CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO	33
1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	35
1.1. Contextualização do estudo	35
1.2. Tipo de estudo	36
1.3. População e Amostra	37
1.4. Problemática e objetivos	38
1.5. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo.....	38
1.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	39
1.7. Procedimentos de análise dos dados	40
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	43
2.2. Resultados da análise quantitativa da percepção dos enfermeiros da enfermagem com famílias	46
2.2.1. Percepção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.....	46
2.2.2. Importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.....	49
2.2.3. Comparação entre a percepção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem	52
2.2.4. Relação entre as características sociodemográficas, profissionais e de formação dos enfermeiros com os itens das subescalas da percepção da sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que atribuem a essa mesma prática	55
2.2.5. Análise da relação das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação dos enfermeiros com as subescalas PPEF e IAEF	60

2.3. Resultados da análise qualitativa da perceção dos enfermeiros da enfermagem com famílias.....	62
2.3.1. Fatores facilitadores e/ou dificultadores do trabalho dos enfermeiros com as famílias em contexto domiciliário	62
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
4. CONCLUSÕES	75
4.1. Síntese dos principais resultados.....	76
4.2. Limitações do estudo.....	77
4.3. Implicações para a prática e trabalho futuro	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	87
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	
ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À AUTORA DA ESCALA PARA UTILIZAÇÃO NO ESTUDO	
ANEXO III – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA ARS CENTRO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
ANEXO IV - PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO ACES BAIXO VOUGA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
ANEXO V – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PARTICIPANTE NO ESTUDO	
ANEXO VI – TABELAS RESULTANTES DA ANÁLISE DE DADOS (APRESENTADO EM CD-ROM)	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=150)	43
Tabela 2: Caracterização profissional dos participantes (n=150)	44
Tabela 3: Caracterização dos participantes por formação anterior em Enfermagem de saúde familiar (n=150)	46
Tabela 4: Perceção da Prática da Enfermagem com Famílias (PPEF) na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário	47
Tabela 5: Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias (IAEF) na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário	50
Tabela 6: Estatística descritiva e teste t das respostas aos itens que caracterizam a Prática diária e a Importância	53
Tabela 7: Relação das subescalas com a idade, género e habilitações literárias	60
Tabela 8: Relação das subescalas com a categoria profissional, especialidade em enfermagem, unidade funcional onde exerce funções, tempo de serviço e tempo de serviço em CSP	61
Tabela 9: Relação das subescalas com a formação académica sobre família	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resultados da análise interpretativa dos dados relativos aos fatores facilitadores à prática da Enfermagem de Família	63
Quadro 2: Resultados da análise interpretativa dos dados relativos aos fatores dificultadores à prática da Enfermagem de Família	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo de Saúde e de Doença da família	29
---	----

INTRODUÇÃO

Durante os últimos anos, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido tema de inúmeros debates e alvo de alterações que procuraram reorganizar o sistema de saúde de forma a promover ganhos em saúde. Esta reforma dos CSP traduziu-se na reorganização dos centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que são serviços com autonomia administrativa, constituídos por diversas unidades funcionais, nomeadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), constituídas por equipas multiprofissionais, que prestam cuidados de saúde individuais e familiares a determinada população (Ministério da Saúde, 2007).

Com a reforma dos CSP, as USF assumem um papel determinante para atingir os objetivos dos cuidados de saúde primários, ao contribuírem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, ao serem o primeiro local de contacto dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, por destacarem a importância dos cuidados centrados nas pessoas, colocando num plano de destaque a relação com o utente/família como uma mais-valia para a saúde da população (Ministério da Saúde, 2006).

Na conjuntura das metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na “Saúde 21”, são colocados novos desafios aos enfermeiros. É com a Declaração de Munique em 2000 que se reconhece a família como uma unidade chave na produção de saúde e, conseqüentemente na melhoria da mesma, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis (World Health Organization, 2000). A família surge, assim, como uma importante unidade de estudo e de intervenção, caracterizando-se pelas relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Para Figueiredo (2009), pode, ainda, ser entendida como um conjunto de indivíduos ligados entre si em permanente interação com o meio exterior e com funções sociais bem definidas.

Neste contexto, o foco da prática de enfermagem foi também ajustado, passando a ser direcionado para o sistema familiar, surgindo a figura do enfermeiro de família como *pivot* no seio da equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2012). O enfermeiro de família desempenha um papel de facilitador, na medida em que promove o desenvolvimento de competências, para um agir consciente, durante o processo de saúde/doença por parte dos indivíduos e famílias, através de um trabalho de parceria com os mesmos e identificando os recursos existentes para lidar e ultrapassar as situações de crises. Além disso, é um profissional que desempenha um papel multifacetado e de proximidade com as famílias, possuindo um lugar privilegiado no interface entre todos os profissionais que intervêm na prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Associado aos cuidados centrados na família, surgem as visitas domiciliárias como forma privilegiada de intervenção a nível individual, familiar e social pois, nesse contexto, os enfermeiros prestam os seus cuidados, tendo o conhecimento aprofundado das condições e necessidades do utente/família. Assim, os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário têm assumido, nos últimos anos, um papel relevante devido ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crónicas que contribuiram para um acréscimo de utentes dependentes e, entre outros problemas, para um aumento da prevalência de feridas. As feridas são uma problemática, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, estimando-se que a população seja afetada por cerca de 300 milhões de feridas agudas, 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas. As feridas têm um elevado impacto, tanto a nível da qualidade de vida individual e familiar, como a nível social e económico, dado os elevados custos associados ao seu tratamento (ELCOS, 2015). Por todas as razões apresentadas, estas problemáticas assumem enorme pertinência para a investigação em torno dos princípios da enfermagem de saúde familiar.

Assim, surge como tema desta investigação o papel do enfermeiro de família como cuidador privilegiado do sistema familiar, quanto à sua prática diária na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.

De acordo com o descrito, o presente estudo de investigação tem como objetivo geral saber qual a perceção dos enfermeiros de família do ACeS do Baixo Vouga sobre a sua prática diária na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem. Ao serem identificadas as lacunas da prática e a importância que os enfermeiros atribuem a essa prática de enfermagem com famílias, poderão ser desenvolvidas estratégias de forma a minimizá-las, contribuindo assim para o aumento de conhecimento na área de enfermagem com as famílias e para melhorar a qualidade dos cuidados respondendo de forma adequada às necessidades das mesmas.

Com a finalidade de dar resposta a esta problemática foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário;
- Identificar a importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário;
- Comparar a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem;
- Relacionar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a perceção da sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que atribuem a essa mesma prática;

- Identificar os fatores que os enfermeiros consideram que facilitam e dificultam o seu trabalho com as famílias em contexto domiciliário.

Relativamente à estrutura, o corpo de texto do presente trabalho está dividido em duas partes principais. Sendo a primeira a relativa ao enquadramento teórico, onde se apresenta o atual estado da arte sobre o tema, nomeadamente a reorganização dos CSP, a família como unidade de cuidados, o conceito de enfermeiro de família e a sua contextualização na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário. A segunda parte contempla o enquadramento metodológico, onde se expõe o processo de investigação utilizado para o estudo, a apresentação e discussão dos resultados e as conclusões obtidas no estudo.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: O CUIDAR DA FAMÍLIA

O destaque dado aos CSP resultou de um percurso histórico com diferentes desenvolvimentos a nível mundial. Foi na Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, que pela primeira vez, os CSP foram considerados o pilar de sustentação dos Sistemas de Saúde, sendo os centros de saúde, as instituições vocacionadas para dar resposta às necessidades do utente/família, tendo por base valores de justiça social, equidade, responsabilidade e acessibilidade universal. Este marco histórico surge na sequência da saúde ser considerada um direito humano fundamental, que corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Quanto mais alto for o nível de saúde, melhor a qualidade de vida dos indivíduos (Organização Mundial de Saúde, 1978). Assim, foi neste contexto que a OMS estabeleceu objetivos de “Saúde para todos em 2000”, realçando a importância de desenvolver políticas de promoção e proteção da saúde, desenvolvendo a capacitação dos indivíduos de forma a assumirem a responsabilidade pela sua própria saúde, contribuindo desta forma, para o contínuo desenvolvimento económico e social (ICN, 2008).

De acordo com Starfield (2009) e o Ministério da Saúde (2006), a reforma dos CSP tem sido uma realidade em todo o mundo e a evidência científica tem demonstrado que os sistemas de saúde fortemente orientados para os CSP, obtêm melhores resultados de saúde para a sua população, nomeadamente quanto à equidade, à utilização mais adequada dos serviços de saúde, bem como, uma maior satisfação dos utilizadores a um custo mais baixo.

Na sequência dos acontecimentos, as alterações nos CSP procuraram promover ganhos em saúde, contribuindo para uma maior satisfação dos cidadãos (Ministério da Saúde, 2008). Esta reforma dos CSP traduziu-se na reorganização dos centros de saúde em ACeS, com a criação de diversas unidades funcionais, constituídas por equipas multiprofissionais com autonomia técnica e funcional, que prestam cuidados de saúde individuais e familiares (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com o documento Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP, as USF assumem um papel determinante para atingir os objetivos dos cuidados de saúde primários, ao contribuírem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, ao serem o primeiro local de contacto dos cidadãos no SNS e, por destacarem a importância dos cuidados centrados nas pessoas, colocando num plano de destaque a relação com o utente/família como uma mais-valia para a saúde da população (Ministério da Saúde, 2006).

Para Biscaia (2006, p. 67), as USF são a “imagem de marca desta reforma” e são constituídas por equipas multiprofissionais, compostas por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros, secretários clínicos que se associam, voluntariamente, para prestar cuidados a determinada população, de acordo com um plano de ação, previamente elaborado com objetivos a atingir e regulamentadas por legislação específica.

As UCSP têm uma estrutura idêntica à prevista para as USF e prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, mas não têm autonomia funcional e técnica, nem os incentivos financeiros das USF.

Assim, a reforma dos CSP, iniciada em 2005, representa um acontecimento marcante no panorama da saúde e da administração pública em Portugal, assente nos princípios da descentralização, auto-organização e na responsabilização pelos resultados. Até então, tem sido uma mais-valia, na medida em que os estudos demonstram através dos resultados que nas áreas do acesso, do desempenho, da qualidade e da eficiência, as USF são significativamente melhores do que as unidades tradicionais, destacando-se sobretudo o acesso a cuidados domiciliários, vigilância da doença crónica e oncológica, precocidade na vigilância da grávida e recém-nascido e eficiência económica (Biscaia & Amorim, 2013). Também Lapão (2007), afirma que as USF são uma evolução do sistema que se traduz em ganhos em eficiência e eficácia, na medida em que constituem sistemas complexos e adaptativos, dominados pela auto-organização, ao mesmo tempo que são indissociáveis na aposta do desenvolvimento da qualidade, na gestão de recursos e na formação profissional (liderança, gestão de mudanças, partilha de saberes/potencialização do conhecimento e desenvolvimento profissional contínuo).

Com as alterações referidas no paradigma dos cuidados, novos desafios se colocaram também para os enfermeiros. Surgiu assim, no contexto das metas definidas pela OMS, no programa de Saúde 21”, uma conceção de enfermagem centrada no trabalho com as famílias, enfatizada na Declaração de Munique em 2000. Neste programa é reconhecida a família como uma unidade chave na produção de saúde e, conseqüentemente na melhoria da mesma, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis (World Health Organization, 2000). Assim, o foco da prática de enfermagem é, direcionado para o sistema familiar, surgindo o enfermeiro de família como *pivot* no seio da equipa multidisciplinar, sendo corresponsável pela continuidade dos cuidados, desde a conceção até à morte, assim como, nos acontecimentos de vida críticos (Ministério da Saúde, 2012).

Neste contexto, o enfermeiro de família é o responsável por um grupo de famílias, a quem presta cuidados de saúde no âmbito da promoção da saúde e de prevenção da doença, no seio da família e da comunidade, em articulação com todos os sectores. Desempenha, assim, um papel multifacetado e de proximidade com famílias, sendo considerado como o cuidador privilegiado do sistema familiar, ao constituir a interface entre todos os profissionais que intervêm no processo de cuidados (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001).

A enfermagem de família enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros. Ao promover o *empowerment* da família, esta é envolvida na procura de soluções para os seus problemas, no planeamento e na execução das intervenções, desempenhando um papel ativo preponderante, capaz de conduzir ao bem-estar

de todo o sistema familiar, ao desenvolver estratégias de *coping* para a tomada de decisão autónoma da família, necessárias ao longo do ciclo da vida familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste sentido, “a enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade.” (Hanson, 2005, p. 8).

Esta abordagem do enfermeiro de família dá ênfase às famílias, e atribui uma importância acrescida ao domicílio, enquanto contexto de cuidados, preconizando-se que os membros da família devem assumir os seus problemas de saúde, criando um conceito de família saudável, que os deverá guiar, no sentido do equilíbrio do sistema familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A primeira referência legal ao enfermeiro de família surgiu com a regulamentação das USF no Decreto – Lei n.º 298/2007, que veio consagrar a prática do enfermeiro de família, ao ser atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

Posteriormente, em setembro de 2010, a Ordem dos Enfermeiros aprova, por unanimidade, a matriz de competências específicas de uma Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar. Apenas com o Regulamento n.º 126/2011, publicado em Diário da República, é mencionado o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, referindo que o foco dos cuidados destes profissionais são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento e desenvolvimento, bem como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, que provocam mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente.

Em Outubro de 2011, é aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, por unanimidade o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Este documento contempla as duas competências específicas consagradas no documento anterior e, aprofunda aspetos como o reconhecimento do enfermeiro especialista em saúde familiar como o profissional de referência, integrado na equipa de saúde multidisciplinar, que assume a responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos diversos contextos da comunidade. É, ainda, mencionado que o enfermeiro de família interage com as famílias, através de um método organizado, dinâmico e sistematizado, compilando todos os dados sobre a família que permitam, posteriormente, a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções. Neste processo, o enfermeiro de família é o ator principal na prestação de cuidados de saúde, funcionando como facilitador da autonomia da família nos processos de saúde/doença, negociando com os elementos desta, quais os melhores recursos de apoio e os melhores cuidados, de forma a contribuir para o equilíbrio dinâmico do sistema familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Mais recentemente, é publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014, onde é mencionado o enquadramento legal do enfermeiro de família, incluindo, para além das USF, também as UCSP como campo de atuação dos mesmos. O enfermeiro de família, segundo este Decreto-Lei, assume como principais competências:

- O cuidado da família como unidade de cuidados e a prestação de cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo quanto nos seus membros individualmente;

- A contribuição para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A 29 de Junho de 2015, foi publicado em Diário da República, o Regulamento n.º 367/2015, que enuncia os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Os enfermeiros têm como missão, prestar cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento; focar-se na família como um todo e nos seus membros individualmente e prestar-lhes cuidados específicos, de acordo com as diferentes fases do ciclo vital, tanto ao nível da intervenção primária, como secundária e terciária; identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar; reconhecer o sistema familiar como promotor de saúde; ser elo de ligação entre a família e os outros profissionais e recursos da sociedade, e estabelecer relação de parceria com a família, ajudando-a a mobilizar os recursos necessários para promover a máxima autonomia e a sua manutenção e recuperação nos processos de saúde/doença. Deve ainda ser o mediador das políticas de saúde implementadas dirigidas à família. O regulamento inclui, ainda, a apresentação dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, com o objetivo de explicitar qual o papel do enfermeiro, tanto junto dos clientes, como dos restantes profissionais de saúde, da população em geral e dos políticos. São enumeradas seis categorias de enunciados: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, a readaptação funcional, e na organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, o enfermeiro de saúde familiar é o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades da família no exercício das funções familiares. Reconhecendo o potencial de ajuda da família em situações de crise, o profissional de saúde poderá tornar-se seu parceiro na promoção de mudanças necessárias, de maneira a capacitá-la de forma a responder proactivamente, mobilizando os seus recursos e potencialidades para restabelecer o equilíbrio no seio familiar (Antunes, 2012).

Considerando a família como um fator significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos, a unidade familiar é afetada quando um ou mais dos seus membros tem problemas de saúde. No âmbito da enfermagem familiar, é esperado que os enfermeiros acompanhem e facilitem as transições saúde/doença, desenvolvimentais, situacionais e organizacionais vivenciadas pelos indivíduos e suas famílias (Figueiredo, 2012). A OMS preconiza, portanto, que os enfermeiros de saúde familiar ajudem os indivíduos e as famílias a lidar com a doença, aguda ou crônica, ou em momentos de *stress*, através da disponibilização de uma grande parte do seu tempo trabalhando na casa dos indivíduos ou com as suas famílias, integrando uma equipa multidisciplinar. O seu papel passará por aconselhar as famílias em relação ao seu estilo de vida e comportamentos de risco, assim como proporcionar apoio em matérias relacionadas com a saúde (Figueiredo, 2011).

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro de família e o indivíduo/família pressupõe um relacionamento com base na reciprocidade e em pressupostos colaborativos que promovam a participação dos membros da família em todas as etapas do processo de enfermagem. Figueiredo (2009) reforça a ideia de que o enfermeiro de família desempenha um papel de gestor e organizador, contribuindo para a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ao ajudá-la a mobilizar os seus recursos internos e externos, no sentido de fortalecer a saúde da família e promover a sua autonomia e independência. Também é crucial que se considere uma interdependência entre a saúde da família enquanto sistema funcional e a saúde individual dos seus membros.

O ICN (2002), no âmbito do Dia Internacional do Enfermeiro, elaborou um documento intitulado de "*Nurses always there for you: Caring for families*", onde refere que a enfermagem tem vindo a mudar o seu foco de cuidados, enfatizando o papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados à família. Foram definidos princípios básicos para orientar as intervenções do enfermeiro de família, nomeadamente: a necessidade de reconhecer a ligação entre a saúde individual de cada elemento da família com a saúde de toda a família; as suas intervenções são dirigidas tanto aos elementos doentes como aos saudáveis; tenta aumentar as interações familiares para que obtenham um máximo potencial de saúde.

Ao longo do documento, o International Council of Nurse (ICN), reforça, ainda, a ideia da necessidade de manter uma relação de parceria com as famílias, na qual as famílias desempenham um papel ativo no seu processo de saúde. São, também explorados os diversos papéis dos enfermeiros no trabalho com as famílias, papéis esses que são influenciados pelas necessidades das famílias e pelo contexto onde são prestados os cuidados. As funções dos enfermeiros são identificadas no documento, como "*The Nine-Star Family Nurse: multi-skilled with diverse roles*" e são as funções de educador para a saúde, prestador de cuidados e supervisor, defensor da família, identificador de casos e epidemiologista, investigador, gestor e coordenador, conselheiro, consultor e modificador de ambiente.

O enfermeiro de família, durante a avaliação familiar, recolhe e analisa os dados sobre as diferentes dimensões e contextos familiares, nomeadamente acerca da estrutura e constituição da família, organização e interação entre si e com o meio, os problemas de saúde, as situações de risco e os padrões de vulnerabilidade. (Rousso & Ângelo, 2001 citado em Curopos, 2014, p. 22).

Depois de uma correta avaliação familiar, é necessário intervir nos problemas identificados, procurando a participação ativa de todo o agregado familiar e a otimização dos recursos disponíveis no contexto da família, de forma a facilitar a adoção de estratégias direcionadas para as necessidades detetadas. Procurando promover mudanças na família, esta deve ser ajudada a identificar os seus problemas, as suas estratégias de *coping* e os seus recursos, facilitando os fluxos positivos entre os supra-sistemas da comunidade e os sistemas familiares (Hanson, 2005).

2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA PESSOA COM FERIDA

As concepções sobre família, saúde, doença e a própria concetualização sobre os cuidados de saúde à família, são fatores que condicionam a forma como os enfermeiros vão orientar e implementar os seus cuidados. Ao serem os prestadores de cuidados de primeira linha, dos doentes e suas famílias, cabe-lhes, através da relação terapêutica e interpessoal, valorizar todo o contexto familiar, ajudando os seus elementos, a desenvolver estratégias para lidar com os processos de transição que vão sofrendo. Só assim, com esta visão holística nos cuidados, será possível a família obter o máximo de bem-estar.

Segundo Friedmann (1995 citado em Hanson, 2005) é pertinente que o enfermeiro de família desenvolva cuidados a três níveis: a *nível individual*, ao considerar a família como o contexto do indivíduo e trabalhando o indivíduo no contexto com o objetivo do seu bem-estar e saúde; a *nível interpessoal*, ao considerar a família constituída por díades, tríades...em que o objetivo são as relações e o apoio mútuo dos membros e a *nível sistémico*, ao considerar a família como um sistema de componentes estruturais e funcionais que interagem com sistemas ambientais e subsistemas. Apenas neste último nível de cuidados, o enfermeiro se foca na família como um sistema, nos seus pontos fortes, nas suas potencialidades, nos seus recursos, nas suas competências, vendo-a de forma holística, aspetos imprescindíveis para o desenvolvimento de estratégias de *coping* para a tomada de decisão autónoma da família, necessárias ao longo do ciclo da vida familiar.

Assim, os enfermeiros devem ter por base uma filosofia de cuidados colaborativos, considerando a família como um parceiro dos cuidados (Direção Geral de Saúde, 2010). A parceria estabelecida entre o profissional e a família, deve ter em conta as suas expectativas e a definição de qualidade de vida, de forma a mobilizar os recursos da sociedade adequados às necessidades da família, promovendo e facilitando o seu *empowerment* nas tomadas de decisões (Ferreira, Pereira, Ferreira, Vieira, & Meireles, 2012).

Neste contexto, considera-se que a atitude que os enfermeiros adotam em relação à família, é um fator crucial no processo de cuidar, sendo inclusive determinante para a qualidade da relação entre enfermeiro/doente/família (Rodrigues, 2013).

A intervenção de enfermagem eficaz, é aquela que é mais útil à mudança da estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família. Isto traduz os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro, resultante dos seus cuidados a nível afetivo, cognitivo e comportamental (Wright & Leahey, 2009). Estes princípios de visão holística dos cuidados, prestando cuidados a todo o sistema familiar, são fundamentais, independentemente do local onde os cuidados são prestados (Hanson, 2005).

As diretrizes da orientação dos cuidados de saúde têm demonstrado a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família, bem como da relevância da relação que cada

enfermeiro estabelece com a família na prestação de cuidados (Silva, Costa & Silva, 2013). A este respeito, também Söderström, Benzein, & Saveman (2003) defendem que, se os enfermeiros acreditam que a família e o relacionamento que estabelecem com esta, é um fator importante para a qualidade dos cuidados, terão uma maior propensão para iniciar interações com estas.

Os elementos de uma família não mudam ao mesmo tempo, sendo que as diferenças, as semelhanças e as ruturas, vão surgindo e gerando constantes desafios ao sistema familiar, que dinamiza novos desenvolvimentos ao longo do ciclo vital da mesma. A família visa promover o crescimento dos seus membros, mantendo a coesão, priorizando as necessidades e apresentando flexibilidade para as mudanças, após enfrentar uma crise (Araújo & Santos, 2012). É, neste contexto, que o enfermeiro desempenha um papel fundamental, prestando a maior parte dos seus cuidados em momentos de transição da família.

Para a compreensão da família como unidade em transformação, é essencial a sua concetualização através de um paradigma integrativo, que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e multidimensionalidade, que considere tanto a historicidade da família, quanto o contexto em que está inserida. Só assim será possível prestar cuidados efetivos, com foco na família, visando o seu potencial e ao capacitá-la para gerir as exigências e especificidades do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

Cuidar da pessoa, no seio da sua família, vendo esta como um sistema, é hoje considerado um fator imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade. Esta opinião é reforçada por Wright & Leahey (2009), que reconhecem que a enfermagem tem o compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, sendo este cuidado centrado na família como parte integrante da prática da profissão.

No entanto, na prática existe uma dicotomia entre as atitudes dos enfermeiros face às famílias e os seus discursos, na medida em que, apesar de enfatizarem a relevância dos cuidados centrados na família e afirmarem que as famílias são importantes, as suas atividades na prática mantêm-se centradas nos indivíduos (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008; Carvalho, Martins, Figueiredo, Martinho, & Oliveira, 2010).

Todavia, Oliveira et al. (2009), no estudo de validação da escala "*A importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*" constatou que as atitudes dos enfermeiros são, maioritariamente, de suporte, concluindo que os cuidados de enfermagem são ajustados às necessidades da família, potencializando dinâmicas promotoras de saúde, tanto nos indivíduos como nas suas famílias. Para Barbieri-Figueiredo et al. (2010), os enfermeiros têm maioritariamente uma atitude de suporte face às famílias, não havendo evidência de que os diferentes contextos dos cuidados interfiram na atitude dos enfermeiros face à família. Esta atitude de suporte que os enfermeiros estabelecem com a família é para Benzein et al. (2008), uma atitude favorecedora do desenvolvimento de um trabalho em

parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes, sendo este aspeto determinante na qualidade da relação.

Contudo, a investigação recente revelou que os enfermeiros que exercem as suas funções em contexto comunitário possuem atitudes favoráveis à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem e atribuem elevada importância à enfermagem centrada famílias. Essas atitudes são potencializadas pela formação pós-graduada, quer a formação numa área especializada da enfermagem, quer a formação específica na área da enfermagem de família (Barbieri-Figueiredo et al., 2012).

Também Silva et al. (2013) mostraram que os enfermeiros atribuem bastante importância às famílias, sendo esta influenciada por variáveis como a idade, o grau de habilitações ou a formação específica sobre família que os enfermeiros possuem. Por outro lado, também foi constatado que os enfermeiros que trabalham em UCSP evidenciam atitudes de menor suporte às famílias.

Conclui-se que, as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família, condicionam todo o processo do cuidar. Na promoção de um atendimento acolhedor ao utente e família, deve garantir-se um atendimento de qualidade, estabelecendo relações humanizadas entre quem cuida e é cuidado. Assim, o caminho passa pela mudança de atitudes, por motivar os profissionais e capacitá-los com instrumentos e habilidades, que os ajudarão a atuar de uma nova forma, perante a família.

Portugal tem sofrido, nas últimas décadas, alterações demográficas significativas, que derivam sobretudo do aumento da esperança média de vida e da redução da taxa de natalidade (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010). Segundo Correia & Dias (2012), este fenómeno caracterizado pelo aumento da população idosa e a redução da população jovem, patente na sociedade portuguesa, designa-se por duplo envelhecimento. De acordo com o INE (2012), 15% da população encontra-se no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população apresenta mais que 65 anos de idade.

O envelhecimento traz consigo um aumento da probabilidade de limitações, tanto ao nível biológico, psicológico como social, uma vez que o facto de viver mais tempo significa um aumento da prevalência de determinadas doenças crónicas, que conduzem, inevitavelmente, a situações com diferentes tipos e níveis de dependência (Alves et al., 2007; Araújo, Paúl, & Martins, 2011; Martins, 2014). Frequentemente, associado a estas condições de dependência funcional surgem as limitações físicas, que podem englobar desde uma situação simples de limitação da atividade física a situações de imobilidade total. A imobilidade é um dos principais fatores para o aparecimento de úlceras de pressão (EPUAP, 2009), que associado às alterações próprias do envelhecimento da pele, nomeadamente a diminuição da elasticidade e textura da pele, do aumento do tempo da cicatrização derivado da diminuição da vascularização e da proliferação epidérmica, contribuem para que haja um aumento da

suscetibilidade das pessoas ao aparecimento de lesões (Blanes, Duarte, Calil, & Ferreira, 2004).

Assim, para Hanson (2005) o envelhecimento é um assunto de família, em que as pessoas são parte integrante da rede familiar até à morte. Como tal, o apoio intergeracional dos cuidados prolonga-se ao longo de todo o ciclo vital, tendo algumas repercussões a nível social. Tal como referem Ferreira et al. (2012), as famílias ao serem reconhecidas como promotores da saúde familiar, são cada vez mais solicitadas a desempenhar o papel de prestador de cuidados, quer para manter a pessoa doente no seio familiar, bem como para uma melhor gestão de recursos. Quando há o aparecimento de feridas, num determinado membro da família, várias são as implicações nos domínios da vida física, emocional e social, tanto para a pessoa com ferida como para a sua família, interferindo consideravelmente com a qualidade de vida (Silva, 2010). Neste âmbito, a família, ao ser uma importante fonte de apoio para as pessoas com dependência, está sujeita a bastantes exigências, que podem contribuir para uma sobrecarga a nível físico, emocional, social e, também, económica (Campos, Chagas, Costa, França, & Jansen, 2010).

O aparecimento de feridas conduz a alterações em aspetos de natureza física da vida das pessoas, relacionados com a própria ferida, nomeadamente com a sua localização, tamanho, profundidade e duração, bem como, com a dor, o penso, o exsudado, o cheiro e o edema que interferem negativamente nas atividades de vida das pessoas (Costa, 2014). Estes aspetos levam a uma sobrecarga emocional, na medida em que as pessoas sentem constrangimento, vergonha, medo, raiva, perda de identidade e diminuição da sua autoestima, sendo-lhes difícil manter uma perspetiva otimista sobre a sua vida. Estas condições levam, muitas vezes, a que não consigam manter a sua atividade profissional, conduzindo inevitavelmente a dificuldades económicas e ao isolamento social (Lino, 2013).

Pode, então, afirmar-se que a problemática das feridas acarreta interferências multidimensionais na pessoa com ferida e sua família (Costa, 2014). Desta forma, novas necessidades de saúde surgem, tanto por parte dos utentes como das respetivas famílias, ambos com necessidade de cuidados de saúde, que visam a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida (Ramos, 2013). Neste sentido, e reconhecendo que esta problemática, interfere com toda a dinâmica familiar, torna-se fundamental o papel dos enfermeiros nesta área, na ajuda da pessoa com ferida e da sua família. É essencial que o enfermeiro estabeleça uma boa relação com a família e com a pessoa com ferida, avaliando as suas necessidades e providenciando-lhes cuidados especializados (Costa, 2014).

Para isso, é imprescindível que o enfermeiro de família, quando cuida de famílias numa fase de transição em que a doença está presente, nomeadamente no tratamento de feridas, tenha em mente as etapas do ciclo de saúde e de doença da família (figura 1), de forma a prestar cuidados especializados.



Figura 1: Ciclo de Saúde e de Doença da família (Hanson, 2005)

Os cuidados do enfermeiro de família implicam a valorização das várias etapas que a família passa, numa situação de doença, para reencontrar o equilíbrio, não existindo uma direção unilateral de desenvolvimento das mesmas, variando de família para família. A fase da promoção da saúde familiar e redução do risco, refere-se à fase em que as atividades da família, baseadas nas suas crenças, ajudam os seus membros a manterem-se saudáveis; a fase da vulnerabilidade familiar e aparecimento da recaída da doença, está relacionada com a fase em que os membros da família se tornam suscetíveis a adoecer; a fase da avaliação da família sobre a doença, em que se tenta perceber a perceção que a família tem sobre a doença; a resposta aguda da família, que implica desorganização e crise familiar como consequência imediata da doença e, por último, a adaptação da família, que está associada aos efeitos a longo prazo da doença na família que conduzem ao estabelecimento de novo equilíbrio familiar (Hanson, 2005).

Na perspetiva de Figueiredo (2009), a família sendo uma unidade em transformação, quando um dos seus membros é afetado por um problema de saúde, isso reflete-se a nível da saúde e bem-estar de todo o sistema familiar. Assim, é esperado que, numa situação dessas, o enfermeiro de família estabeleça com esta uma relação de parceria, visando apoiá-la na procura de soluções para os problemas identificados, englobando-a sempre em todo o processo de cuidados (Figueiredo & Martins, 2009). Neste contexto, a OMS recomenda que, os enfermeiros de saúde familiar ajudem os indivíduos e famílias a lidar com a doença aguda ou crónica, ou em momentos de *stress*, disponibilizando uma grande parte do seu tempo, trabalhando na casa dos indivíduos ou com as suas famílias, integrando uma equipa multidisciplinar (Figueiredo, 2011).

Assim, o enfermeiro de família vê, muitas vezes, no contexto domiciliário o local de eleição para prestar os seus cuidados, nomeadamente no âmbito do tratamento de feridas dando respostas às necessidades dos utentes/família (Martins, 2014) e diminuindo até as taxas de internamentos (Duarte, 2012). O enfermeiro de família é figura central na rede de serviços neste contexto, pelos seus saberes e competências mas também pela sua abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar (Louro, 2009).

De acordo com Araújo (2014), um dos aspetos mais positivos da valorização da figura do enfermeiro de família é a promoção da visita domiciliária, enquanto oportunidade de se avaliar o contexto onde as pessoas vivem e interagem e, deste modo, detetar precocemente sinais de crise ou de maior vulnerabilidade familiar.

A visita domiciliária constitui uma estratégia primordial dos enfermeiros para a prestação de cuidados de saúde a pessoas dependentes e às suas famílias, com o propósito de promover a saúde e minorar os efeitos da doença e da incapacidade. A aposta neste tipo de cuidados surge, num contexto, em que as altas dos hospitais são cada vez mais precoces e é transferido para o domicílio o acompanhamento de situações cada vez mais complexas, colocando variados desafios aos enfermeiros. O domicílio é considerado a solução mais aprazível para a permanência da pessoa doente e a visita domiciliária, enquanto estratégia assistencial, constitui a forma mais adequada, para promover a proximidade entre os intervenientes no processo de cuidados, favorecendo a criação de uma relação de parceria com a família (Duarte, 2012).

Tal como refere Paula (2011), os cuidados em contexto domiciliário são uma mais-valia na prestação dos cuidados dos enfermeiros de família, uma vez que permitem ao profissional adequar os cuidados às realidades e dinâmicas diversas de cada domicílio e família. Para a autora, o cuidar do utente no seu domicílio apresenta muitas vantagens e fatores facilitadores para todos os intervenientes. Quanto à pessoa com ferida, o facto de estar num ambiente conhecido, permite que seja comodamente cuidada, sem necessidade de se deslocar; dá uma maior facilidade de expressar os seus medos, angústias e dúvidas em relação ao tratamento e diminui o desconforto e insegurança, por norma associado às instituições de prestação de cuidados. Em relação à família dá-lhe a possibilidade de esclarecer dúvidas, sem vergonha de outros profissionais ou utentes ouvirem e a possibilidade de realizar as orientações dadas pelo profissional, adequadas às reais condições do ambiente da residência. Quanto ao enfermeiro, tem a possibilidade de conhecer as características e dinâmica da família; a possibilidade de avaliar as reais condições da pessoa com ferida; a oportunidade de adequar as suas orientações e os cuidados, às condições da residência e dos hábitos da família, de acordo com as suas crenças e valores; maior possibilidade de interação com os recursos da comunidade disponíveis para a prevenção e o tratamento de feridas e, ainda, a possibilidade de criar um vínculo mais forte com utente/família.

Neste contexto, torna-se imprescindível que o enfermeiro desempenhe um papel para promover o melhor bem-estar destes doentes, planeando ações com foco na saúde global da pessoa com ferida e família e, não apenas na prestação de cuidados diretos à ferida (Pires, 2012).

Deste modo, é pertinente que o enfermeiro desenvolva uma aprendizagem reflexiva diária sobre os seus cuidados, partindo da sua experiência clínica e saberes anteriores, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências de resolução de problemas e promovendo a

capacidade de construir novas aprendizagens, que poderão conduzir, ou não, à mudança de atitudes. Esta associação da reflexão à prática profissional é um procedimento que coloca os enfermeiros no caminho da busca pela excelência do exercício profissional, sendo inclusive um dever, mencionado pelo Código Deontológico de Enfermagem, que potencializa a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Nesta parte do trabalho são definidos quais os meios utilizados na realização do estudo, a fim de obter respostas às questões de investigação. Assim, ao longo do capítulo são descritos os pontos essenciais de acordo com Fortin (1999), como o tipo de estudo, o contexto do estudo com definição da população e amostra, as estratégias de recolha de dados, os aspetos ético e a descrição da opção de análise e tratamento dos dados.

1.1. Contextualização do estudo

O presente estudo decorreu nas unidades funcionais, USF e UCSP, do ACeS Baixo Vouga da ARSC, no mês de Novembro de 2015. A escolha das USF e UCSP está relacionada com o facto de ambas as unidades funcionais constituírem locais para o campo de atuação dos enfermeiros de família nos CSP, de acordo com o publicado no Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto.

A importância dada à família no âmbito dos cuidados de saúde tem sido evidenciada nas políticas de saúde que têm sido colocadas em prática em Portugal, onde o enfermeiro desempenha um papel de destaque nas equipas multiprofissionais (Silva et al., 2013).

Desde a declaração de Munique em 2000, que o enfermeiro de família ao desempenhar um papel multifacetado em proximidade das famílias, é considerado o profissional em posição privilegiada para constituir o interface entre os profissionais que participam na prestação de cuidados às famílias. Assim, os enfermeiros dos CSP, centram o seu trabalho na pessoa, inserida numa família e integrada em determinado contexto ambiental e social. Neste sentido, os enfermeiros cuidam de indivíduos, famílias e grupos, no centro de saúde, domicílio ou em organizações comunitárias, ao longo do ciclo vital, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo, desta forma, para prevenir as doenças e as suas consequências incapacitantes. (Correia et al., 2001).

Em 2002, a Ordem dos Enfermeiros, realiza uma Conferência intitulada “A cada família o seu enfermeiro”, para analisar as ideias abordadas na Declaração de Munique, relacionadas com a necessidade de se procurar oportunidades e suportar programas e serviços centrados nas famílias e onde a figura do enfermeiro de família tem um papel de destaque. Desta conferência concluiu-se que se consegue dar uma melhor resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidade, se o foco da prestação de cuidados for centrado na família. Para isso, os CSP deverão ser reorganizados, tal como a enfermagem, surgindo assim a figura do enfermeiro de família em relevo (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Assim, o foco dado à família com a reformulação dos CSP, procurou enfatizar os cuidados centrados na mesma ao longo do seu ciclo de vida, tornando importante a clarificação do seu conceito. O conceito de família depende do contexto, da cultura, da experiência vivenciada por

cada indivíduo e, de acordo, com a Ordem dos Enfermeiros (2008), falar de família remete-nos para o que cada um sente e sabe sobre quem considera como membro da sua família.

Para Freitas (2009), a família ao ser vista como um sistema, é reconhecida como o contexto privilegiado de realização pessoal, desenvolvimento social, bem como o meio de excelência para a transmissão de crenças, valores influenciadores na saúde. Esta prestação de cuidados à família tem por base os modelos de enfermagem, as teorias da terapia familiar, a teoria das ciências sociais, com relevância para as interações entre os elementos da família numa perspectiva sistémica dos cuidados (Hanson, 2005).

No contexto social atual, com o aumento da longevidade e, conseqüente, aumento das doenças crónicas, um maior número de pessoas com dependência funcional tem surgido, nomeadamente no que toca ao aparecimento de feridas crónicas, aspetos estes que condicionam tanto a qualidade de vida da pessoa como da sua família. Desta forma, novas necessidades de saúde por parte dos utentes/famílias, que acabam por ter necessidade de cuidados de saúde, que visem a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida (Ramos, 2013). Assim, o enfermeiro de família vê, muitas vezes, no contexto domiciliário o local de eleição para prestar os seus cuidados, nomeadamente no âmbito do tratamento de feridas dando respostas às necessidades dos utentes/família (Martins, 2014). O enfermeiro de família é figura central na rede de serviços neste contexto, pelos seus saberes e competências mas também pela sua abordagem sistémica e de avaliação interdisciplinar (Louro, 2009).

Apesar da importância da família ter vindo a aumentar, estas têm sido negligenciadas pela investigação, que tem centrado o seu objeto de estudo no indivíduo (Hanson, 2005). Assim, torna-se pertinente que se invista na investigação relacionada com a enfermagem com famílias nos CSP, tal como fizeram, recentemente, Freitas (2009), Figueiredo (2009), Oliveira et al. (2009), Santos (2012) e Barbieri-Figueiredo (2012). Os resultados mostram que os enfermeiros que têm mais formação pós-graduada têm atitudes mais favoráveis de inclusão da família nos cuidados. No entanto, o facto de todas as famílias serem diferentes e cada uma ter a sua própria estrutura e dinâmica, são fatores que poderão facilitar ou dificultar os cuidados. Nos seus estudos, corroboram, ainda, a pertinência da identificação das conceções dos enfermeiros sobre as práticas, as suas atitudes com as famílias e, ainda, a perceção que os próprios profissionais têm sobre a mais-valia dessas práticas, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pelo que é essencial continuar a investir nesta área.

1.2. Tipo de estudo

Desenvolveu-se este estudo, de acordo com um paradigma de investigação predominantemente quantitativo, embora inclua duas questões abertas de carácter qualitativo para caracterização da amostra. De acordo com Fortin (2009), neste tipo de abordagem

objetivista, os investigadores colhem os dados observáveis e mensuráveis e estudam a relação entre eles. Na investigação quantitativa pretende-se descrever e obter explicações e predições, estabelecendo relações de causa efeito.

Neste estudo, ao pretender identificar a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática diária dos cuidados de enfermagem a famílias de pessoas com feridas no domicílio e a importância que lhes atribuem, vai-se ao encontro de um estudo do tipo descritivo-correlacional e transversal.

É classificado como descritivo-correlacional porque visa descrever e determinar a ocorrência de fenómenos existentes e estabelecer relações entre variáveis; e transversal porque a avaliação foi realizada num determinado momento temporal definido (Fortin, 2009).

1.3. População e Amostra

A população alvo deste estudo foram todos os enfermeiros que exercem funções em USF ou UCSP pertencentes ao ACeS Baixo Vouga da ARSC, que perfazem um total de 226 enfermeiros.

Quanto à amostra, Fortin (1999, p. 202) define-a como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. É de qualquer forma uma réplica em miniatura da população alvo”. Neste estudo, o tipo de amostragem foi não probabilística, uma vez que todos os elementos da população são enfermeiros, sendo por isso uma população homogénea; e por escolha racional, já que os participantes do estudo que fazem parte da amostra foram escolhidos pelo investigador, limitando a recolha de dados às USF e UCSP do ACeS Baixo Vouga.

Assim, a amostra do estudo é constituída por 150 enfermeiros, correspondendo a uma taxa de resposta ao instrumento de colheita de dados de 66,4%. Foi excluído apenas um questionário, uma vez que o enfermeiro exercia funções numa UCC.

Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram:

- Enfermeiros a exercer funções em USF ou UCSP;
- Enfermeiros a exercer funções pelo método de “enfermeiro de família”
- Enfermeiros que prestassem cuidados ao utente com ferida em contexto domiciliário

Quanto aos critérios de exclusão foram:

- Enfermeiros a exercer funções em UCC ou USP;
- Enfermeiros com menos de 2 anos de serviço.

1.4. Problemática e objetivos

A questão de investigação do estudo é “*Qual a percepção dos enfermeiros das UCSP e USF do ACeS Baixo Vouga sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem?*”. Tendo em consideração esta questão de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário;
- Identificar a importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário;
- Comparar a percepção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem;
- Relacionar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a percepção da sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que atribuem a essa mesma prática;
- Identificar os fatores que os enfermeiros consideram que facilitam e dificultam o seu trabalho com as famílias em contexto domiciliário.

1.5. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

O instrumento de recolha de dados utilizado no estudo foi o questionário, método que visa recolher informação sobre acontecimentos, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Podem conter tanto questões fechadas como abertas e podem ser preenchidos pelos próprios participantes (Fortin, 2009).

Numa primeira parte, o questionário (Anexo I) é composto pelos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes no estudo, de forma a obter uma caracterização da amostra, utilizando as seguintes variáveis: idade, género, habilitações literárias, categoria profissional, área da especialidade, número de anos de serviço e de anos de serviço em CSP, unidade funcional onde desempenha funções e formação académica/profissional que possui sobre família. Na segunda parte do questionário, denominada prática de cuidados de enfermagem com famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário, foram elaboradas duas questões abertas. Com as estas questões pretende-se conhecer a conceção que os enfermeiros possuem relativamente aos aspetos facilitadores e dificultadores da prática de enfermagem com famílias de pessoas com feridas no contexto domiciliário. As perguntas abertas permitem recolher dados qualitativos provenientes da linguagem dos próprios inquiridos, permitindo desenvolver uma ideia sobre como os participantes interpretam aspetos do mundo (Bogdan & Biklen, 1994).

De seguida, é apresentada a escala validada no estudo de Freitas (2009), de avaliação da Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF), escala esta que foi submetida aos testes de validade e de fidedignidade inerentes à validação de um instrumento de colheita de dados. De acordo com as características psicométricas avaliadas, *alfa de cronbach* (superior a 0,9), o que mostra a existência de muito boa consistência interna e o coeficiente de correlação Ró de *Spearman* (na PPEF de 0,669 e na IAEF de 0,626), o que mostra uma estabilidade temporal significativa, considera-se que o instrumento de colheita de dados dá resposta aos objetivos propostos. A PEEF é uma escala de Likert, constituída por vários enunciados, relacionados com a avaliação e intervenção de enfermagem com as famílias, interligados com o objetivo de medir um conceito/característica referente a aspetos, ao expressar o menor ou maior acordo em relação às enunciações, tendo como finalidade saber o ponto de vista sobre determinado tema (Fortin, 2009). A escala é composta por 48 enunciações, sendo que numa primeira parte se pretende identificar em que medida os aspetos enumerados são incluídos na prática diária dos enfermeiros, correspondendo à subescala da Perceção da Prática da Enfermagem com Famílias (PPEF), onde as hipóteses de escolha são as quatro categorias: “nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. Na subescala relativa à Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias (IAEF), para as mesmas enunciações, é pedido que identifiquem a importância que os enfermeiros atribuem a esses mesmos itens para que haja uma prática de Enfermagem com Famílias, atribuindo uma das quatro categorias: “nada importante”, “pouco importante”, “importante” e “muito importante”. Para a aplicação desta escala foi solicitada previamente a autorização à autora (Anexo II).

1.6. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

Uma vez que a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ser consideradas ao longo de todo o processo de investigação, desde a altura em que se escolhe o tema, o tipo de estudo, os participantes, até à forma como se recolhe e interpretam os dados.

Para Fortin (2009), a investigação coloca questões e desafios éticos cada vez mais complexos, sendo que o investigador terá que ter responsabilidade demonstrando respeito da proteção dos direitos da pessoa. Assim, na aplicação do estudo foram considerados os seguintes princípios éticos e deontológicos:

- Princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não foram prejudicados com a investigação;
- Princípio da autonomia, o consentimento livre e esclarecido, sendo que os participantes participaram voluntariamente e foram informados antes do seu consentimento;
- Princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

Assim, em todas as etapas do estudo foram tidos em atenção estes princípios, tendo sido efetuados os seguintes procedimentos:

- Pedido à ARSC, de autorização para a realização do estudo no ACeS Baixo Vouga, cumprindo as instruções definidas no "Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro", o qual obteve parecer positivo (Anexo III);
- Pedido de autorização para a aplicação do estudo ao Conselho de Administração do ACeS Baixo Vouga, o qual respondeu afirmativamente a este pedido (Anexo IV);
- Foi aplicado previamente o formulário do Consentimento Informado, entregue aos participantes e explicado os objetivos do estudo, indicando que é anónimo e confidencial, para que, de forma informada e livre, aceitassem participar no estudo (Anexo V);
- Assegurado o sigilo e confidencialidade dos dados recolhidos durante todo o processo de análise e tratamento dos dados mesmo não estando identificados os questionários e tendo sido recolhidos em envelope individual fechado e depositados numa caixa pelo próprio participante.

1.7. Procedimentos de análise dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado utilizando para o efeito o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 23.

Para análise de dados quantitativos foi usada estatística descritiva para descrever as características da amostra, utilizando distribuição de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foram utilizados sobretudo percentagens, frequências, valores mínimos e máximos, médias, modas e desvios padrão.

Para além da análise descritiva foi usada a estatística inferencial com o intuito de verificar como as variáveis influenciaram ou não a perceção dos enfermeiros. Assim, as variáveis correlacionadas com a escala da Perceção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias foram as variáveis sociodemográficas (género, idade e habilitações literárias), as variáveis profissionais (categoria profissional, especialidade de enfermagem, tempo de serviço, tempo de serviço em CSP e unidade funcional onde exerce funções) e as variáveis de formação (frequência de unidade curricular sobre família e formação dispersa sobre família).

Para a comparação entre a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem optou-se por usar o teste t de Student, um teste paramétrico, uma vez que a amostra tem dimensão superior a 30 e se considera que tem uma distribuição normal, de acordo com os princípios do teorema do limite central.

Para relacionar as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a percepção da sua prática diária na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que atribuem a essa mesma prática, optou-se por utilizar os testes paramétricos, teste t de Student e o teste ANOVA e os testes não paramétricos, Kruskal-Wallis e o teste U de Mann-Whitney.

Optou-se pelos testes paramétricos uma vez que a amostra tem dimensão superior a 30. Assim, para a variável do tempo de serviço foi utilizado o teste ANOVA, uma vez que tem 3 grupos a comparar. Quanto às restantes variáveis, categoria profissional, especialidade, unidade em que desempenha funções, se frequentou alguma unidade curricular sobre família ou alguma formação com conteúdo disperso sobre família, o teste utilizado foi o teste t para amostras independentes uma vez que tem apenas dois grupos a comparar.

Quanto às variáveis género e habilitações literárias, uma vez que a amostra é inferior a 30 e tem apenas dois grupos a comparar, optou-se pelo teste U de Mann-Whitney. Para as variáveis da idade e do tempo de serviço que têm 3 grupos a comparar com amostra inferior a 30, optou-se pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Em relação ao tratamento da informação recolhida nas questões abertas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo predominantemente indutiva, de acordo com os princípios definidos por Bardin (2004). Segundo o autor, este procedimento visa desenvolver um conjunto de técnicas de análise das comunicações, averiguando de forma precisa e sistemática, o conteúdo das mensagens, obtendo-se um sistema de codificação dos dados, organizados em “gavetas”. Após a fase de pré-análise e a sistematização das ideias principais surge a definição de categorias e subcategorias relacionadas com os fragmentos de texto referidos pelos participantes, a que chama de unidades de registo.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no estudo. Iniciamos pela apresentação das características sociodemográficas, profissionais e de formação dos enfermeiros participantes no estudo. De seguida, apresentamos um subcapítulo com os resultados quantitativos da perceção dos enfermeiros acerca da sua prática diária, nomeadamente no que se refere à prática diária na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas bem como à importância que lhe atribuem. Apresentamos, ainda os resultados da comparação entre a perceção da prática diária e a importância atribuída à prática de enfermagem com famílias e a relação das características sociodemográficas, profissionais e de formação dos participantes com as duas subescalas da prática diária e da importância. Posteriormente, como último ponto deste capítulo surgem os resultados qualitativos obtidos no estudo sobre os fatores facilitadores e dificultadores do trabalho dos enfermeiros com as famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.

2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Pela análise da tabela 1, que apresenta os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes, podemos verificar que, em relação à variável género, 92,7% dos participantes é do género feminino.

Quanto à idade, verifica-se que os participantes apresentam valores que oscilam entre um mínimo de 28 e um máximo de 67 anos, sendo a média de idades de 42 anos. Destes, 46,0% incluem-se na faixa etária inferior ou igual aos 40 anos, que corresponde à classe modal.

Relativamente às habilitações literárias, salienta-se que a maioria dos participantes (85,3%) são licenciados.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=150)

Variáveis	n (%)	M±DP
Género		n.a.
Feminino	139 (92,7)	
Masculino	11 (7,3)	
Idade		42,0±8,439
≤40	69 (46,0)	
41-50	53 (35,3)	
≥51	28 (18,7)	
Habilitações literárias		n.a.
Bacharelato	4 (2,7)	
Licenciatura	128 (85,3)	
Mestrado	17 (11,3)	
Doutoramento	1 (0,7)	

n.a. – Não aplicável

Na tabela 2, podemos observar, os dados relacionados com a caracterização profissional dos participantes.

Em relação à categoria profissional, constata-se que a maioria dos participantes, 68,7% tem a categoria de enfermeiro.

Podemos ainda observar na referida tabela que, a maioria dos enfermeiros (67,1%), não possui o título de especialista e dos 32,9% que possuem o curso de especialização, as três áreas da especialidade mais representadas são: Enfermagem Comunitária (31,9%), Enfermagem de Reabilitação (19,1%) e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (14,9%).

Em relação ao tempo de serviço na profissão, verificamos que 36,7% dos participantes referiram ter mais de 21 anos, como tempo na profissão, correspondendo à classe modal. O tempo mínimo de serviço são 6 anos e o máximo 37 anos. A média de anos na profissão de enfermagem é de 18,47 anos.

Relativamente ao tempo de serviço nos CSP, constata-se que a classe modal é a do tempo de serviço inferior aos 10 anos de prática na área, correspondendo à maioria dos participantes (51,4%). O tempo de serviço nos CSP oscila entre 1 ano e os 35 anos e apresenta uma média de 12,53 anos.

No que diz respeito à unidade funcional onde os enfermeiros exercem as suas funções, a maioria dos participantes (56%) trabalha em UCSP. Quanto aos centros de saúde a que pertencem as unidades funcionais, os três centros com mais participantes no estudo foram o Centro de Saúde de Aveiro (21,1%), o Centro de Saúde de Águeda (15,8%) e o de Ovar (12,8%).

Tabela 2: Caracterização profissional dos participantes (n=150)

Variáveis	n (%)	M±DP
Categoria profissional		n.a.
Enfermeiro	103 (68,7)	
Enfermeiro especialista	46 (30,7)	
Enfermeiro chefe	1 (0,7)	
Especialidade em Enfermagem		n.a.
Não	96 (67,1)	
Sim	47 (32,9)	
Área de Especialidade em Enfermagem		n.a.
Comunitária	15 (31,9)	
Médico-cirúrgica	3 (6,4)	
Reabilitação	9 (19,1)	
Saúde Infantil e Pediátrica	7 (14,9)	
Saúde Materna e Obstétrica	6 (12,8)	
Saúde Mental e Psiquiátrica	7 (14,9)	

Variáveis	n (%)	M±DP
Tempo de serviço (anos)		18,47±8,007
≤10	41 (27,3)	
11-20	54 (36,0)	
≥21	55 (36,7)	
Tempo de serviço em CSP (anos)		12,53±6,824
≤10	76 (51,4)	
11-20	54 (36,5)	
≥21	18 (12,1)	
Unidade funcional onde exerce		n.a.
UCSP	84 (56,0)	
USF	66 (44,0)	
Centro de saúde		n.a.
Águeda	21 (15,8)	
Albergaria-a-Velha	10 (7,5)	
Anadia	9 (6,8)	
Aveiro	28 (21,1)	
Estarreja	8 (6,0)	
Ílhavo	13 (9,8)	
Murtosa	7 (5,3)	
Oliveira do Bairro	8 (6,0)	
Ovar	17 (12,8)	
Sever do Vouga	6 (4,5)	
Vagos	6 (4,5)	

n.a. – Não aplicável

Relativamente à formação em Enfermagem de Saúde Familiar, podemos observar na tabela 3 os resultados sobre a formação académica com conteúdos sobre família, tanto como unidade curricular como dispersa na formação.

Neste sentido, verifica-se que 55,7% dos participantes referem não ter tido qualquer unidade curricular sobre família na sua formação. Dos enfermeiros que referiram ter na sua formação uma unidade curricular específica sobre família, 60,3% afirmam ter sido durante o 2º ciclo de formação e os restantes 39,7% referem que foi no 1º ciclo de formação.

Quanto à formação dispersa sobre família, 43,6% dos participantes refere não ter tido abordagens teóricas dispersas sobre a temática na sua formação. Dos que responderam afirmativamente, 54,4% referem ter sido durante a sua formação de 1º ciclo e os restantes 45,6% referem ter sido no 2º ciclo de formação.

Tabela 3: Caracterização dos participantes por formação anterior em Enfermagem de saúde familiar (n=150)

Variáveis	n (%)
Frequência de unidade curricular sobre família	
Não	83 (55,7)
Sim	66 (44,3)
Formação académica com unidade curricular específica sobre família	
1º ciclo de formação	25 (39,7)
2º ciclo de formação (pós-graduação, pós-licenciatura e mestrado)	38 (60,3)
Formação dispersa sobre família	
Não	65 (43,6)
Sim	84 (56,4)
Formação académica sobre família dispersa pelas unidades curriculares	
1º ciclo de formação	43 (54,4)
2º ciclo de formação (pós-graduação, pós-licenciatura e mestrado)	36 (45,6)

2.2. Resultados da análise quantitativa da percepção dos enfermeiros da enfermagem com famílias

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos da aplicação dos testes estatísticos, paramétricos e não paramétricos, referentes à análise estatística, tal como foi referido anteriormente na metodologia.

2.2.1. Percepção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário

Da análise estatística acerca da percepção dos enfermeiros resultaram os dados apresentados na tabela 4, que sistematiza a informação acerca da percepção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.

Através da análise das frequências obtidas para cada um dos itens da subescala PPEF, verifica-se que os enfermeiros participantes no estudo percebem com menos aplicabilidade na sua prática diária, intervenções como a “*utilização de instrumentos de avaliação familiar*” (49,3%), “*construção do genograma familiar*” (68,7%) e “*construção do ecomapa familiar*” (75,3%), ao atribuir a maioria da percentagem à enumeração “nunca”.

Por outro lado, o item em que a maioria dos enfermeiros refere como fazendo “sempre”, na sua prática diária é o item de “em conjunto com a família, determina calendarização das consultas de enfermagem”, com 47,3% da amostra ao eleger o qualificador “sempre”.

Os restantes itens da subescala são classificados pela maioria dos enfermeiros na categoria do “algumas vezes” e do “muitas vezes”.

Tabela 4: Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias (PPEF) na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
n (%)					
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	23 (15,3)	73 (48,7)	42 (28,0)	12 (8,0)
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	31 (20,7)	80 (53,3)	37 (24,7)	2 (1,3)
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	74 (49,3)	61 (40,7)	12 (8,0)	3 (2,0)
4.	constrói o genograma familiar	103 (68,7)	41 (27,3)	5 (3,3)	1 (0,7)
5.	constrói o ecomapa familiar	113 (75,3)	30 (20,0)	5 (3,3)	2 (1,3)
6.	identifica os membros que compõem a família	10 (6,7)	38 (25,3)	66 (44,0)	36 (24,0)
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	43 (28,7)	56 (37,3)	42 (28,0)	9 (6,0)
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	47 (31,3)	64 (42,7)	37 (24,7)	2 (1,3)
9.	analisa a interação entre os membros da família	7 (4,7)	35 (23,3)	75 (50,0)	33 (22,0)
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	4 (2,7)	38 (25,3)	71 (47,3)	37 (24,7)
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	5 (3,3)	34 (22,7)	79 (52,7)	32 (21,3)
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	4 (2,7)	29 (19,3)	77 (51,3)	40 (26,7)
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	13 (8,7)	59 (39,3)	62 (41,3)	16 (10,7)
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	22 (14,7)	44 (29,3)	64 (42,7)	20 (13,3)
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	21 (14,0)	61 (40,7)	59 (39,3)	9 (6,0)
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	23 (15,3)	73 (48,7)	48 (32,0)	6 (4,0)
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	9 (6,0)	42 (28,0)	68 (45,3)	31 (20,7)
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	7 (4,7)	53 (35,3)	61 (40,7)	29 (19,3)
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	6 (4,0)	54 (36,0)	69 (46,0)	21 (14,0)

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	8 (5,3)	60 (40,0)	64 (42,7)	18 (12,0)
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	4 (2,7)	31 (20,7)	78 (52,0)	37 (24,7)
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	4 (2,7)	40 (26,7)	77 (51,3)	29 (19,3)
23.	analisa a história de saúde da família	9 (6,0)	62 (41,3)	58 (38,7)	21 (14,0)
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	8 (5,3)	52 (34,7)	71 (47,3)	19 (12,7)
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	3 (2,0)	47 (31,3)	74 (49,3)	26 (17,3)
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	3 (2,0)	39 (26,0)	80 (53,3)	28 (18,7)
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	10 (6,7)	61 (40,7)	53 (35,3)	26 (17,3)
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	22 (14,7)	61 (40,7)	50 (33,3)	17 (11,3)
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	12 (8,0)	55 (36,7)	61 (40,7)	22 (14,7)
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	6 (4,0)	50 (33,3)	65 (43,3)	29 (19,3)
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	13 (8,7)	48 (32,0)	71 (47,3)	18 (12,0)
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	13 (8,7)	46 (30,7)	70 (46,7)	21 (14,0)
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	12 (8,0)	53 (35,3)	63 (42,0)	22 (14,7)
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	6 (4,0)	20 (13,3)	53 (35,3)	71 (47,3)
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	3 (2,0)	28 (18,7)	85 (56,7)	34 (22,7)
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	2 (1,3)	49 (32,7)	82 (54,7)	17 (11,3)
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	4 (2,7)	40 (26,7)	73 (48,7)	33 (22,0)
38.	empenha-se para promover a mudança na família	3 (2,0)	28 (18,7)	76 (50,7)	43 (28,7)
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	7 (4,7)	30 (20,0)	74 (49,3)	39 (26,0)
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2 (1,3)	28 (18,7)	68 (45,3)	52 (34,7)

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	1 (0,7)	17 (11,3)	78 (52,0)	54 (36,0)
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	35 (23,3)	65 (43,3)	36 (24,0)	14 (9,3)
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	10 (6,7)	51 (34,0)	65 (43,3)	24 (16,0)
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	4 (2,7)	39 (26,0)	78 (52,0)	29 (19,3)
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	14 (9,3)	66 (44,0)	53 (35,3)	17 (11,3)
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	22 (14,7)	61 (40,7)	56 (37,3)	11 (7,3)
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	17 (11,3)	57 (38,0)	63 (42,0)	13 (8,7)
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	22 (14,7)	55 (36,7)	59 (39,3)	14 (9,3)

2.2.2. Importância que os enfermeiros atribuem à prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário

Após a análise estatística acerca da importância atribuída pelos enfermeiros resultaram os dados, apresentados na tabela 5, onde podemos observar a qualificação que os enfermeiros atribuíram à importância na prestação de cuidados no âmbito de cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.

Através da análise das frequências obtidas para cada um dos itens da subescala IAEF, verifica-se que os enfermeiros participantes no estudo percecionam, na sua maioria, como “importante” e “muito importante”.

Nos itens que os enfermeiros qualificaram como “nada importante”, os que obtiveram uma percentagem maior, igual a 3,3% das escolhas foram os itens “*identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares*” e “*identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, igreja...) para a família*”. Já no que toca à classificação do “muito importante”, os itens que obtiveram uma valorização maior pelos enfermeiros foram “*em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem*” (63,3%), “*empenha-se para promover a mudança na família*” (61,3%) e “*utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados*” (62,7%).

Tabela 5: Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias (IAEF) na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	2 (1,3)	3 (2,0)	86 (57,3)	59 (39,3)
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	1 (0,7)	5 (3,3)	89 (59,3)	55 (36,7)
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	3 (2,0)	9 (6,0)	100 (66,7)	38 (25,3)
4.	constrói o genograma familiar	2 (1,3)	28 (18,7)	91 (60,7)	29 (19,3)
5.	constrói o ecomapa familiar	3 (2,0)	28 (18,7)	91 (60,7)	28 (18,7)
6.	identifica os membros que compõem a família	1 (0,7)	5 (3,3)	73 (48,7)	71 (43,3)
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	4 (2,7)	14 (9,3)	94 (62,7)	38 (25,3)
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	5 (3,3)	21 (14,0)	95 (63,3)	29 (19,3)
9.	analisa a interação entre os membros da família		6 (4,0)	59 (39,6)	84 (56,4)
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família		3 (2,0)	65 (43,3)	82 (54,7)
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família		5 (3,3)	62 (41,3)	83 (55,3)
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)		4 (2,7)	68 (45,3)	78 (52,0)
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	3 (2,0)	4 (2,7)	86 (57,3)	57 (38,0)
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	2 (1,3)	9 (6,0)	79 (52,7)	60 (40,0)
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	2 (1,3)	12 (8,0)	86 (57,3)	50 (33,3)
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	5 (3,3)	18 (12,0)	84 (56,0)	43 (28,7)
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	1 (0,7)	8 (5,3)	72 (48,0)	69 (46,0)
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)		8 (5,3)	72 (48,0)	70 (46,7)
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade		4 (2,7)	83 (55,3)	63 (42,0)
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família		6 (4,0)	86 (57,3)	58 (38,7)
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas		4 (2,7)	63 (42,0)	83 (55,3)

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
		n (%)			
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	1 (0,7)	6 (4,0)	64 (42,7)	79 (52,7)
23.	analisa a história de saúde da família		4 (2,7)	81 (54,0)	65 (43,3)
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família		3 (2,0)	84 (56,0)	63 (42,0)
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença		4 (2,7)	78 (52,0)	68 (45,3)
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros		3 (2,0)	70 (46,7)	77 (51,3)
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	2 (1,3)	3 (2,0)	72 (48,0)	73 (48,7)
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	3 (2,0)	7 (4,7)	88 (58,7)	52 (34,7)
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	2 (1,3)	2 (1,3)	78 (52,0)	68 (45,3)
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	1 (0,7)	1 (0,7)	74 (49,3)	74 (49,3)
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados		5 (3,3)	86 (57,3)	59 (39,3)
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	3 (2,0)	3 (2,0)	75 (50,0)	69 (46,0)
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	2 (1,3)	5 (3,3)	73 (48,7)	70 (46,7)
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem		5 (3,3)	50 (33,3)	95 (63,3)
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	1 (0,7)	1 (0,7)	63 (42,0)	85 (56,7)
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente		5 (3,3)	92 (61,3)	53 (35,3)
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes		5 (3,4)	65 (43,6)	79 (53,0)
38.	empenha-se para promover a mudança na família		3 (2,0)	55 (36,7)	92 (61,3)
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família		5 (3,4)	63 (42,3)	81 (54,4)
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família		3 (2,0)	60 (40,0)	87 (58,0)
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados		1 (0,7)	55 (36,7)	94 (62,7)

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
		n (%)			
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	2 (1,3)	5 (3,3)	86 (57,3)	57 (38,0)
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família		2 (1,3)	77 (51,3)	71 (47,3)
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos		4 (2,7)	72 (48,0)	74 (49,3)
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	2 (1,3)	4 (2,7)	85 (56,7)	59 (39,3)
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar		1 (0,7)	86 (57,3)	63 (42,0)
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	1 (0,7)	6 (4,0)	84 (56,0)	59 (39,3)
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação		3 (2,0)	88 (58,7)	59 (39,3)

2.2.3. Comparação entre a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem

Para comparar a diferença entre a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem, usamos a média obtida em cada um dos itens da escala e sobre a mesma aplicamos o teste t de Student, cujos resultados se apresentam na tabela 6. Na tabela observa-se que a média da importância atribuída à prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário é superior à média da prática diária dos enfermeiros em todos os itens avaliados. De acordo com os valores de *p-value* que são inferiores a 0,001, para todos os itens, considera-se que existem diferenças extremamente significativas entre a prática diária dos enfermeiros que cuidam de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem.

Tabela 6: Estatística descritiva e teste t das respostas aos itens que caracterizam a Prática diária e a Importância

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		M±DP		t-value	p-value
		Prática diária	Importância		
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,29 ± 0,822	2,35 ± 0,591	-17,243	<0,001
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	1,07 ± 0,711	2,32 ± 0,571	-20,900	<0,001
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	0,63 ± 0,719	2,15 ± 0,610	-22,893	<0,001
4.	constrói o genograma familiar	0,36 ± 0,583	1,98 ± 0,660	-28,280	<0,001
5.	constrói o ecomapa familiar	0,31 ± 0,601	1,96 ± 0,674	-26,973	<0,001
6.	identifica os membros que compõem a família	1,85 ± 0,862	2,43 ± 0,595	-9,000	<0,001
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	1,11 ± 0,894	2,11 ± 0,667	-14,096	<0,001
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	0,96 ± 0,785	1,99 ± 0,685	-14,257	<0,001
9.	analisa a interação entre os membros da família	1,89 ± 0,798	2,52 ± 0,576	-10,180	<0,001
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	1,94 ± 0,779	2,53 ± 0,540	-9,548	<0,001
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	1,92 ± 0,755	2,52 ± 0,564	-9,906	<0,001
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	2,02 ± 0,755	2,49 ± 0,553	-7,322	<0,001
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	1,54 ± 0,800	2,31 ± 0,625	-12,034	<0,001
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	1,55 ± 0,902	2,31 ± 0,646	-10,887	<0,001
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	1,37 ± 0,799	2,23 ± 0,647	-13,245	<0,001
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	1,25 ± 0,759	2,10 ± 0,730	-14,374	<0,001
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	1,81 ± 0,833	2,39 ± 0,623	-9,028	<0,001
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	1,75 ± 0,821	2,41 ± 0,593	-10,208	<0,001
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	1,70 ± 0,758	2,39 ± 0,542	-11,744	<0,001
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	1,61 ± 0,767	2,35 ± 0,555	-12,631	<0,001

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		M±DP		t-value	p-value
		Prática diária	Importância		
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	1,99 ± 0,751	2,53 ± 0,552	-9,068	<0,001
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	1,87 ± 0,745	2,47 ± 0,610	-11,778	<0,001
23.	analisa a história de saúde da família	1,61 ± 0,802	2,41 ± 0,545	-12,749	<0,001
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	1,67 ± 0,764	2,40 ± 0,531	-12,317	<0,001
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	1,82 ± 0,733	2,43 ± 0,548	-10,153	<0,001
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	1,89 ± 0,719	2,49 ± 0,540	-10,418	<0,001
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	1,63 ± 0,847	2,44 ± 0,607	-11,860	<0,001
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	1,41 ± 0,876	2,26 ± 0,639	-12,443	<0,001
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	1,62 ± 0,833	2,41 ± 0,593	-12,895	<0,001
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	1,78 ± 0,802	2,47 ± 0,552	-12,058	<0,001
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	1,63 ± 0,807	2,36 ± 0,547	-11,731	<0,001
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	1,66 ± 0,826	2,40 ± 0,635	-11,606	<0,001
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	1,63 ± 0,831	2,41 ± 0,625	-12,592	<0,001
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	2,26 ± 0,839	2,60 ± 0,556	-5,768	<0,001
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	2,00 ± 0,705	2,55 ± 0,551	-10,624	<0,001
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	1,76 ± 0,662	2,32 ± 0,535	-9,670	<0,001
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,90 ± 0,769	2,50 ± 0,565	-9,927	<0,001
38.	empenha-se para promover a mudança na família	2,06 ± 0,744	2,59 ± 0,532	9,864	<0,001
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	1,97 ± 0,809	2,51 ± 0,565	-9,721	<0,001
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2,13 ± 0,757	2,56 ± 0,537	-7,930	<0,001

Enquanto enfermeiro de família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		M±DP		t-value	p-value
		Prática diária	Importância		
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	2,23 ± 0,670	2,62 ± 0,501	-7,367	<0,001
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	1,19 ± 0,903	2,32 ± 0,606	-15,735	<0,001
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	1,69 ± 0,820	2,46 ± 0,526	-12,167	<0,001
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	1,88 ± 0,741	2,47 ± 0,552	-10,036	<0,001
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	1,49 ± 0,817	2,34 ± 0,600	-13,245	<0,001
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	1,37 ± 0,824	2,41 ± 0,507	-15,888	<0,001
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	1,48 ± 0,809	2,34 ± 0,589	-13,701	<0,001
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	1,43 ± 0,855	2,37 ± 0,525	-13,750	<0,001

2.2.4. Relação entre as características sociodemográficas, profissionais e de formação dos enfermeiros com os itens das subescalas da percepção da sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que atribuem a essa mesma prática

Os resultados apresentados foram organizados de acordo com as características sociodemográficas, profissionais e de formação dos enfermeiros participantes no estudo. Inicialmente são apresentados os dados referentes à prática diária e, de seguida, os dados referentes à importância na prestação de cuidados às famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário.

Relativamente aos resultados da aplicação dos testes estatísticos para verificação da influência das variáveis independentes, referentes às características sociodemográficas dos participantes, na subescala da prática diária (tabela 1 do Anexo VI – CD), verificamos que quanto à variável “idade” apenas para a afirmação “*analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar*”, existe uma diferença significativa para os enfermeiros com idades compreendidas entre os 41 e 50 anos, sendo que estes classificam com uma frequência na prática diária superior à dos restantes grupos etários. Quanto à variável “género” constata-se que existem diferenças significativas para as afirmações “*realiza a avaliação individual dos membros da*

família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar” e *“analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família”*, sendo que para ambas os elementos do género feminino atribuíram uma frequência superior à execução destas atitudes na sua prática diária. No que toca à variável *“habilitações literárias”*, para nenhuma afirmação se verifica um valor de *p-value* inferior a 0,05, indicando que não existem diferenças estatísticas significativas, podendo concluir-se que esta variável não influencia a prática diária dos enfermeiros.

Quanto aos resultados obtidos pela aplicação do teste ANOVA e Kruskal-Wallis, verificamos que as variáveis profissionais dos enfermeiros, dos *“anos de serviço”* e dos *“anos de serviços nos CSP”* (tabela 2 do Anexo VI – CD), dão valores de *p-value* para os itens da subescala da prática diária superiores a 0,05, pelo que se pode concluir que estas duas variáveis não influenciam de forma significativa a prática diária dos enfermeiros.

Quanto aos resultados obtidos da influência das restantes variáveis profissionais na prática de cuidados (tabela 3 do Anexo VI – CD), verificamos que para a variável categoria profissional existe diferença estatisticamente significativa (*p-value* 0,041) apenas para a afirmação *“identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros”*. Assim, constata-se que o grupo dos enfermeiros especialistas e chefes incluem esta ação com maior frequência na sua prática diária do que a categoria de enfermeiro. Quanto à variável da especialidade enfermagem não se verificam diferenças estatisticamente significativas para qualquer um dos itens da prática diária. No que diz respeito à unidade onde o enfermeiro participante exerce funções verificam-se alterações significativas para a afirmação *“realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes”*, *“realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar”*, *“identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social, ...)”*, *“avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar”* e *“avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação”*. Assim, de acordo com o valor de *p-value* do teste t obtido para estas afirmações, que se apresenta inferior a 0,05, conclui-se que para as afirmações enumeradas, os enfermeiros que trabalham em USF atribuem um nível de frequência na sua prática diária, superior aos enfermeiros que trabalham em UCSP.

Passando para a análise dos resultados relativos à influência das variáveis de formação na prática dos cuidados (tabela 4 do Anexo VI – CD), verificamos que quanto à variável da frequência de unidade curricular sobre a família, existem diferenças significativas para as afirmações da subescala da prática diária: *“realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar”*, *“constrói o genograma familiar”*, *“identifica os membros que compõem a família”*, *“identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares”*, *“identifica a situação de saúde dos membros da família”* e *“avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado”*. Nestas

afirmações, pode constatar-se que os enfermeiros que não frequentaram unidades curriculares específicas sobre família classificam com um nível de execução na prática clínica inferior aos que frequentaram essas unidades curriculares, uma vez que *p-value* é inferior a 0,05.

Para a última variável, da frequência da formação com conteúdo sobre a família disperso pelas disciplinas, existem diferenças significativas para as afirmações da subescala da prática diária: *“realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes”, “efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família”, “em conjunto com a família, prioriza as necessidades”, “em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem”, “apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados”, “utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados”, “avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família”, “avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos”, “avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s)”, “avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação”*. De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que para estas afirmações, os enfermeiros que não frequentaram disciplinas com conteúdos dispersos sobre família apresentam um nível de frequência inferior dessas intervenções na sua prática diária com as famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário, em relação aos que tiveram essa formação.

De seguida, apresentamos os resultados obtidos pela aplicação de testes estatísticos para verificação da influência das variáveis na subescala da importância atribuída pelos enfermeiros à enfermagem com famílias.

Quanto à influência das variáveis independentes, referentes às características sociodemográficas dos participantes, na subescala da importância (tabela 5 do Anexo VI –CD), verificamos que para a variável “idade” para as afirmações *“facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família”* e *“avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s)”*, existem diferenças significativas para os enfermeiros com idades compreendidas entre os 20 e 40 anos, sendo que estes classificam os itens referidos com uma importância superior à dos restantes grupos etários. Quanto à variável “género” constata-se que existem diferenças significativas para as afirmações *“identifica os membros que compõem a família”, “analisa a interação entre os membros da família”, “identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família”, “identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)”, “identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família”, “identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)”* e *“avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas”*. Nos itens enumerados os elementos do género feminino atribuíram uma importância superior à realização destas atitudes no cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário. No que toca à variável “habilitações literárias”, verificam-se diferenças

significativas para as afirmações com valor de *p-value* inferior a 0,05, que são as seguintes: “realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar”, “constrói o genograma familiar”, “constrói o ecomapa familiar”, “analisa a interação entre os membros da família”, “analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família”, “identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família”, “identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)”, “analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar”, “identifica a etapa do ciclo vital da família”, “analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade”, “identifica as crenças / valores que norteiam a família”, “identifica a situação de saúde dos membros da família”, “identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros”, “efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família”, “em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família”, “em conjunto com a família, prioriza as necessidades” e “identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados”. Nestes itens verifica-se que os enfermeiros com habilitações literárias superiores, os enfermeiros com mestrado e/ou doutoramento atribuem uma importância superior à realização das mesmas.

Pela aplicação do teste ANOVA, obteve-se os resultados da influência da variável profissional, “tempo de serviço” na importância que os enfermeiros atribuem à prática de enfermagem de família (tabela 6 do Anexo VI – CD). Verificamos valores de *p-value* inferiores a 0,05 para as afirmações: “utiliza instrumentos de avaliação familiar”, “constrói o genograma familiar”, “em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados”, “reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente”, “facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família”, “avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família”, “avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar”, “avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s)” e “avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação”, mostrando que os enfermeiros com o número de anos de serviço entre os 11 e os 20 anos atribuem uma importância superior às intervenções enumeradas. Quanto à variável “anos de serviço nos CSP”, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que demonstra diferenças significativas com *p-value* inferior a 0,05, para o item “constrói o genograma família” evidenciando que os enfermeiros com mais de 11 anos e menos de 20 anos de serviço nos CSP atribuem maior importância a esta intervenção e para o item “identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros”, mostrando que os enfermeiros com menos de 10 anos de serviço nos CSP atribuem uma importância superior à intervenção referida.

Quanto às restantes variáveis profissionais, pela aplicação do teste t, verificamos na tabela 7 (Anexo VI - CD), que para as afirmações “constrói o genograma familiar”, “constrói o ecomapa familiar”, “identifica os subsistemas que compõem a família”, “identifica a etapa do ciclo vital da família”, “identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros” e

“dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes”, existem diferenças significativas tanto para a variável da categoria profissional como da especialidade de enfermagem. Para além destas, também a afirmação *“inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares”*, se verificou estatisticamente significativa para a variável da categoria profissional. Quanto à especialidade de enfermagem, para além das já enumeradas, também as afirmações *“identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares”* e *“identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados”* demonstram a existência de diferença significativa. As diferenças mostram que os enfermeiros especialistas e chefes atribuem uma maior importância a estes itens no cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário do que os enfermeiros que não têm especialidade e que tem a categoria de enfermeiros.

Quanto à variável unidade onde exerce funções, verificamos que não há influência estatisticamente significativa na importância atribuída aos itens da subescala.

Focando na análise da influência das variáveis relacionadas com a formação na importância que os enfermeiros atribuem à prática de enfermagem de família (tabela 8 do anexo VI – CD), verificamos que para a maioria das afirmações, os enfermeiros que frequentaram unidades curriculares sobre família, revelam um nível mais elevado de importância atribuída à família. Esta diferença é estatisticamente significativa (*p-value* inferior a 0,05), para a maioria das afirmações, exceto para as afirmações *“identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família”*, *“identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa...)”*, *“identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, igreja,...) para a família”*, *“identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)”*, *“identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)”*, *“analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade”*, *“identifica os comportamentos da família face à saúde/doença”*, *“em conjunto com a família, valida a avaliação inicial”*, *“em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados”*, *“em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem”*, *“empenha-se para promover a mudança na família”* e *“muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família”*.

Na mesma tabela, relativamente à influência da variável “formação com conteúdo sobre família disperso”, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas, em que os enfermeiros que frequentaram estas formações classificaram com importância superior as afirmações: *“realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes”*, *“identifica os membros que compõem a família”*, *“analisa a interação entre os membros da família”*, *“analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade”*, *“identifica as crenças / valores que norteiam a família”*, *“avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas”*, *“identifica as capacidades da família para promover a saúde dos*

seus membros”, “efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família”, “em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família”, “em conjunto com a família, prioriza as necessidades”, “identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados”, “em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem”, “apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados”, “reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente”, “muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família”, “facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família”, “utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados”, “avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos” e “avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação”.

2.2.5. Análise da relação das variáveis sociodemográficas, profissionais e de formação dos enfermeiros com as subescalas PPEF e IAEF

Na tabela 7 pode observar-se a relação das variáveis sociodemográficas como a idade, o género e as habilitações literárias em cada uma das subescalas, PPEF e IAEF. No que diz respeito à idade e ao género, através dos testes aplicados, pode constatar-se que não existe relação significativa entre as variáveis e as duas subescalas. Já no que toca à variável das habilitações literárias, o resultado de *p-value* igual a 0,012, mostra que existem diferenças significativas para a subescala da importância, sendo que são os enfermeiros com mestrado e doutoramento que atribuem maior importância a uma enfermagem com famílias.

Tabela 7: Relação das subescalas com a idade, género e habilitações literárias

Variáveis sociodemográficas	Subescalas	Teste estatístico	Chi-Square	<i>p-value</i>
Idade ≤40 41-50 ≥51	PPEF	Kruskal-Wallis	3,308	0,191
	IAEF		1,357	0,507
	Z			
Género Feminino Masculino	PPEF	Mann-Whitney	- 0,721	0,471
	IAEF		- 1,424	0,154
Habilitações literárias Bacharelato e Licenciatura Mestrado e Doutoramento	PPEF	Mann-Whitney	- 0,388	0,698
	IAEF		- 2,520	0,012

Relativamente à aplicação dos testes estatísticos para analisar a relação entre as variáveis profissionais e as subescalas, resultaram os resultados enunciados na tabela 8.

Da análise da tabela seguinte, constata-se que para as variáveis número de anos de serviço, número de anos de serviço nos CSP e a unidade funcional onde o enfermeiro exerce funções

não tem influência estatisticamente significativa nas duas subescalas. Já no que respeita à variável da categoria profissional e da especialidade de enfermagem, verifica-se que para a subescala da prática diária não tem qualquer influência mas na subescala da importância atribuída à enfermagem com famílias encontra-se uma diferença significativa. Para ambas o valor de *p-value* é inferior a 0,05 o que traduz uma diferença significativa, sendo que os enfermeiros que têm a especialidade e estão na categoria de enfermeiros especialistas ou enfermeiros chefes, atribuem maior importância à enfermagem com famílias no âmbito de cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.

Tabela 8: Relação das subescalas com a categoria profissional, especialidade em enfermagem, unidade funcional onde exerce funções, tempo de serviço e tempo de serviço em CSP

Variáveis profissionais	Subescalas	Teste estatístico	t	p-value
Categoria profissional Enfermeiro Enf. especialista + Enf. chefe	PPEF	Teste t	0,363	0,717
	IAEF		- 2,037	0,044
Especialidade em Enfermagem Não Sim	PPEF	Teste t	0,408	0,684
	IAEF		-2,000	0,048
Unidade funcional onde exerce UCSP USF	PPEF	Teste t	-0,837	0,404
	IAEF		-0,129	0,898
F				
Tempo de serviço (anos) ≤10 11-20 ≥21	PPEF	ANOVA	0,427	0,653
	IAEF		0,363	0,696
Chi-Square				
Tempo de serviço em CSP (anos) ≤10 11-20 ≥21	PPEF	Kruskal-Wallis	0,577	0,749
	IAEF		0,292	0,864

Analisando as variáveis da formação académica obteve-se os resultados apresentados na tabela 9. Na variável da formação académica, tanto a que diz respeito à frequência de unidade curricular sobre família como a com conteúdo sobre família disperso, mostram que existe uma relação estatisticamente significativa entre a frequência dessas formações e as duas subescalas, PPEF e IAEF. Para os parâmetros em que *p-value* é inferior a 0,05, conclui-se que os enfermeiros que frequentaram unidades curriculares sobre família atribuem uma frequência superior nos itens do questionário referentes à sua prática diária e atribuem maior importância a uma enfermagem com famílias. Quanto aos enfermeiros que frequentaram formações com conteúdo sobre família disperso, verifica-se que atribuem uma importância superior à enfermagem com famílias mas quanto à prática diária essa diferença não é significativa.

Tabela 9: Relação das subescalas com a formação académica sobre família

Variáveis de formação	Subescalas	Teste estatístico	t	p-value
Frequência de unidade curricular sobre família Não Sim	PPEF	Teste t	-2,016	0,046
	IAEF		-3,866	<0,001
Formação dispersa sobre família Não Sim	PPEF	Teste t	-1,913	0,058
	IAEF		-2,426	0,016

2.3. Resultados da análise qualitativa da perceção dos enfermeiros da enfermagem com famílias

Neste capítulo são apresentados os resultados qualitativos, obtidos da análise de conteúdo, referente às questões abertas.

2.3.1. Fatores facilitadores e/ou dificultadores do trabalho dos enfermeiros com as famílias em contexto domiciliário

Como referimos anteriormente, na seção dedicada à discussão das opções metodológicas, iremos apresentar os resultados da análise de conteúdo predominantemente indutiva das respostas dos participantes.

Para tal, para se chegar à categorização, serão apresentados as subcategorias, que para o autor correspondem a unidades de contexto que servem de compreensão, para codificar a unidade de registo, referida na mensagem propriamente dita do participante.

Quanto aos fatores facilitadores (Quadro 1), obteve-se um total de 317 unidades de registo, que foram posteriormente agrupadas por categorias de acordo com o seu conteúdo (Categorização pormenorizada no Anexo VI - CD).

A categoria mais valorizada como facilitadora à prática da enfermagem de família foi a das “**características dos cuidados de enfermagem**”, com 166 enumerações, de onde se destaca a subcategoria da “relação terapêutica estabelecida com família” com 58 unidades de registo exemplificativas.

De seguida, com 82 enumerações ficou a categoria das “**características/funções do enfermeiro**”, com a subcategoria “conhecimento do utente/família” com 56 unidades de registo.

Segue-se a categoria das “**características da instituição**” com 35 enumerações e, com as subcategorias “organização dos CSP” e “flexibilidade de horário”, a obterem dez unidades de registo cada.

A categoria das “**características da família**” foi enumerada 18 vezes, sendo o “contexto familiar” a subcategoria mais valorizada pelos participantes com 6 unidades de registo.

Por último, foram as “**características da formação**” com 16 enumerações, correspondendo na totalidade à subcategoria da “formação/investigação na área da enfermagem de saúde familiar”.

Quadro 1: Resultados da análise interpretativa dos dados relativos aos fatores facilitadores à prática da Enfermagem de Família

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
Características da formação	Formação/investigação na área da Enfermagem de Saúde familiar	“Formação sobre família” (P150)	16
TOTAL DE CATEGORIA			16
Características/ Funções do enfermeiro	Motivação para a intervenção na família	“Motivação dos profissionais de saúde” (P19)	1
	Reconhecimento da importância da família	“Envolvimento da família nos cuidados prestados” (P31)	10
	Conhecimento do utente/família	“Conhecer a família/utente” (P1)	56
	Autonomia e responsabilidade na promoção da saúde	“Ser autónomo nas atividades inerentes à prática de enfermagem” (P5)	8
	Experiência profissional do enfermeiro	“Experiência pessoal” (P105)	7
TOTAL DE CATEGORIA			82
Características dos cuidados de enfermagem	Relação terapêutica estabelecida com família	“Empatia” (P41)	58
	Visão holística dos cuidados ao longo do ciclo vital	“Acompanhamento da família durante todo o ciclo vital” (P50)	26
	Proximidade com as famílias nas consultas de enfermagem no domicílio	“Proximidade dos cuidados de saúde” (P17)	30
	Método de trabalho por enfermeiro de família	“Trabalhar por enfermeiro de família” (P10)	36
	Boa articulação entre os elementos da equipa	“Trabalhar em equipa” (P46)	16
TOTAL DE CATEGORIA			166
Características da família	Confiança das famílias no enfermeiro	“Confiança da família no seu enfermeiro” (P104)	4
	Famílias recetivas	“Enfermeiro de família como referência para a família” (P88)	5
	Contexto familiar	“Bom relacionamento entre os familiares” (P7)	6
	Conhecimento das famílias acerca do papel do enfermeiro de família	“Conhecimento da população em relação ao enfermeiro de família” (P64)	3

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
TOTAL DE CATEGORIA			18
Características da instituição	Organização dos CSP	“Organização dos CSP, novas políticas que permitiram valorização do enfermeiro de família” (P17)	10
	Recursos materiais adequados	“Condições físicas dos locais de trabalho” (P19)	4
	Recursos humanos adequados	“Recursos humanos, com tempo e acessibilidade” (P107)	4
	Sistema de registos orientados para a família	“Acesso na plataforma informática ao agregado familiar” (P64)	2
	Existência de modelos e instrumentos de avaliação da família	“Desenvolvimento de instrumentos de avaliação familiar” (106)	5
	Flexibilidade de horário	“Acessibilidade” (P28)	10
TOTAL DE CATEGORIA			35
TOTAL DE U.R.			317

Quanto aos fatores dificultadores (Quadro 2), obteve-se um total de 270 unidades de registo no total (Categorização pormenorizada no Anexo VI - CD).

A categoria mais valorizada como dificultadora à prática da enfermagem de família foi a das “**características da instituição**”, com 95 enumerações, de onde se destaca a subcategoria do “Sistema informático inadequado para registos dos cuidados prestados à família” com 30 unidades de registo exemplificativas.

A segunda categoria mais valorizada pelos enfermeiros foi a das “**características dos cuidados de enfermagem**”, com 77 enumerações e com a subcategoria “tempo definido por consulta de enfermagem” tendo sido referida por 34 dos participantes.

De seguida, com 37 enumerações ficou a categoria das “**características da família**”, com a subcategoria “tipologia das famílias” com 19 unidades de registo.

A categoria das “**característica/funções do enfermeiro**” foi enumerada 34 vezes, sendo a subcategoria da “responsabilidade por um número elevado de utentes/famílias para prestar cuidados” a mais valorizada, dentro da categoria, com 22 unidades de registo exemplificativa.

Por último, ficou novamente a categoria das “**características da formação**” com 27 enumerações onde a subcategoria “formação insuficiente no âmbito da enfermagem de saúde familiar” apresenta 23 unidades de registo.

Quadro 2: Resultados da análise interpretativa dos dados relativos aos fatores dificultadores à prática da Enfermagem de Família

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
Características da formação	Formação insuficiente no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	“Falta de formação dos profissionais sobre família” (P6)	23
	Formação em Enfermagem de Saúde Familiar não reconhecida como especialidade	“Falta de reconhecimento da especialidade” (P144)	4
TOTAL DE CATEGORIA			27
Características/ Funções do enfermeiro	Desmotivação	“Desmotivação dos profissionais de saúde” (P14)	6
	Não envolvimento da família nos cuidados	“Não envolvimento da família no processo de prestação de cuidados” (P31)	3
	Falta de reconhecimento da importância da família nos cuidados	“Falta de visão da família como sistema global e inserido num meio” (P66)	3
	Responsabilidade por um número elevado de utentes/famílias para prestar cuidados	“Elevado número de utentes/famílias por ficheiro” (P63)	22
TOTAL DE CATEGORIA			34
Características dos cuidados de enfermagem	Dificuldade em estabelecer relação terapêutica com a família	“Dificuldade de criar empatia com algumas famílias” (P33)	12
	Tempo definido por consulta de enfermagem	“Falta de tempo” (P2)	34
	Inexistência de trabalho em equipa	“Dificuldade de articulação com outros prestadores de cuidados” (P12)	6
	Método de trabalho organizado por tarefa	“Trabalho organizado à tarefa” (P45)	5
	Dificuldades nas consultas de enfermagem no domicílio	“Falta de transporte” (P53)	20
TOTAL DE CATEGORIA			77
Características da família	Não reconhecimento do papel do enfermeiro de família	“As próprias pessoas não reconhecem o enfermeiro de família” (P43)	6
	Tipologia das famílias	“Famílias disfuncionais” (P21)	19
	Falta de confiança no enfermeiro de família	“A família/utente não confiar no seu enfermeiro de família” (P55)	2
	Comportamento de procura de saúde não demonstrado	“Não colaboração dos familiares” (P128)	10
TOTAL DE CATEGORIA			37
Características da instituição	Organização dos CSP	“Algumas UCSP ainda não têm infraestruturas que permitam que se trabalhe exatamente num sistema de enfermeiro de família” (P112)	12
	Recursos humanos insuficientes	“Falta de recursos humanos” (P3)	26

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
	Recursos materiais insuficientes	“Falta de recursos materiais” (P19)	10
	Sistema informático inadequado para registos dos cuidados prestados à família	“Registos desadequados” (P105)	30
	Modelos e instrumentos de avaliação familiar demasiado complexos	“Modelos e instrumentos de avaliação da família complexos” (P150)	2
	Horário de funcionamento inadequado	“Inflexibilidade de horários” (P54)	11
	Profissionais não valorizam a figura do enfermeiro de família	“Pouca valorização do papel do enfermeiro de família por parte dos profissionais de saúde” (P66)	4
TOTAL DE CATEGORIA			95
TOTAL DE U.R.			270

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo visa apresentar a discussão dos resultados, procurando estabelecer relação dos dados obtidos na investigação e as questões de investigação, bem como a comparação com o encontrado na revisão da literatura da especialidade. Tal como no capítulo anterior, a discussão de resultados está organizada, de acordo com, cada um dos objetivos estipulado inicialmente.

A percepção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem

Quanto aos resultados obtidos para cada uma das subescalas constatou-se que, a maioria dos enfermeiros do ACeS Baixo Vouga, embora considere importante a inclusão da família na prestação de cuidados, as suas atitudes nem sempre têm esse princípio em consideração. Esta constatação corrobora a opinião de Wright & Leahey (2009) de que, apesar da enfermagem de família ter tido um progresso significativo nos últimos tempos, a família ainda é vista pelos enfermeiros de forma fragmentada, sendo que os cuidados continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar. Esta divergência entre a teoria e a prática, foi também verificada no estudo de Alexandra Freitas (2009), quando procurou identificar qual a conceção de enfermagem de família, qual a percepção dos enfermeiros sobre a sua prática profissional junto das famílias e a importância que atribuem a essa mesma prática, bem como a identificação de fatores que dificultam ou facilitam a prática de enfermagem com famílias.

Da revisão da literatura efetuada, em relação às atitudes dos enfermeiros face às famílias foram encontrados alguns estudos recentes. Benzein et al. (2008) comprovaram, no seu estudo com enfermeiros dos CSP e cuidados diferenciados, a existência de dicotomia entre as atitudes dos enfermeiros face às famílias e os seus discursos, tal como Carvalho et al. (2010) demonstraram que, apesar dos enfermeiros afirmarem que as famílias são importantes, esta ideia, nem sempre, é apoiada pelas atividades que desenvolvem. Têm sido enfatizados os cuidados centrados na família, mas no entanto a prática, mantém-se, por vezes, centrada nos indivíduos, alicerçado num modelo biomédico e não na família como cliente (Hanson, 2005).

Os resultados obtidos neste estudo não estão totalmente consoantes com os obtidos anteriormente por Barbieri-Figueiredo et al. (2012) quando procurou identificar as atitudes e a percepção dos enfermeiros dos CSP da ARS Norte face aos cuidados centrados na família. Nesta investigação verificaram que, os enfermeiros que trabalham na ARS Norte, evidenciam atitudes favoráveis à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem, atribuindo também uma elevada importância a esta, de acordo com os dois instrumentos de dados utilizados, a IFCE-AE e a PEEF.

Esta atitude favorável de inclusão da família nos cuidados, nomeadamente no âmbito do cuidar de pessoas com feridas em contexto domiciliário é uma mais-valia na prestação de cuidados de enfermagem. Isto porque tanto a pessoa com ferida como a sua família se deparam com um risco aumentado de sobrecarga física, emocional, social e económica que poderá condicionar o desenrolar da sua vida. Assim, o enfermeiro de família tem aqui um papel preponderante, no sentido de estabelecer uma relação com a família de forma a contribuir para minimizar o impacto negativo na dinâmica da mesma (Teixeira, 2009).

Os enfermeiros são os cuidadores principais das pessoas com feridas no domicílio e, como tal, durante este processo de transição saúde/doença relacionado com o tratamento de feridas, o seu cuidar deve abranger não só o tratamento direto da ferida, mas também o planeamento de intervenções focadas na saúde global da família, promovendo o seu bem-estar e tendo sempre em vista a recuperação da saúde e da sua qualidade de vida (Silva, 2010).

Relação das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros com a prática diária e a importância que atribuem ao trabalho com famílias de pessoas com feridas no domicílio

No âmbito da análise relacional das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, com a sua perceção da prática diária de enfermagem com famílias e a importância atribuída a essa mesma prática no cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário, verificou-se que tanto a idade, como o género, os anos de serviço, os anos de serviço em CSP e a unidade funcional onde os enfermeiros trabalham, não influenciam a sua perceção para nenhuma das vertentes. As conclusões estão em concordância com os resultados obtidos no estudo de Freitas (2009), exceto no que se refere à unidade funcional onde exerce funções, uma vez que esse parâmetro não foi avaliado. No entanto, para Silva et al. (2013) tanto a idade como o tempo de serviço e a unidade funcional onde se exerce funções interfere com a importância atribuída às famílias na prestação de cuidados, sendo que os enfermeiros mais novos, com menos tempo de serviço e os que trabalham em UCSP evidenciaram atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem. À semelhança destas evidências, também Oliveira et al. (2009) chegou à conclusão que, os enfermeiros que trabalham em USF apresentam uma média superior de atitudes de suporte com a família, embora não se tenha confirmado nesta investigação.

Quanto às variáveis das habilitações literárias e da categoria profissional, verificou-se que estas não influenciam a perceção da prática de enfermagem com famílias mas influenciam a importância atribuída pelos enfermeiros à enfermagem com famílias. Nestas variáveis obteve-se uma diferença estatisticamente significativa, sendo que os enfermeiros especialistas e os enfermeiros com mestrado e/ou doutoramento atribuem uma importância superior à prática de enfermagem com famílias, do que a categoria profissional dos enfermeiros e dos enfermeiros bacharéis e licenciados. Estas evidências corroboram os resultados de estudos anteriores, de que tanto os enfermeiros especialistas como os que possuem mais habilitações académicas,

apresentando atitudes de maior suporte ao atribuírem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem (Silva et al., 2013; Freitas, 2009; Fernandes, Martins, Gomes, & Gonçalves, 2015), o que requer um amplo saber com atualização de conhecimentos ao nível da dinâmica familiar, da avaliação e intervenção familiar e pesquisa sobre família (Wright & Leahey, 2009).

O facto dos enfermeiros que têm especialidade revelarem a existência de diferenças estatisticamente significativas que mostram uma atribuição maior à importância com famílias, poderá estar relacionado com a inclusão de conteúdos sobre a família nos programas lecionados nos cursos de especialização em enfermagem, tal como referem Silva et al. (2013) e Freitas (2009).

Os enfermeiros, que participaram nesta investigação, têm maioritariamente formação dispersa sobre família. Pela análise estatística realizada verifica-se que a formação dispersa influencia a percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída à prática de enfermagem com famílias, no entanto, não é relevante para a percepção da prática diária. Quanto à formação em unidades curriculares específicas sobre a família, demonstra ser um fator impulsionador da prática de enfermagem com famílias, bem como, de uma maior importância atribuída a essa mesma prática. A respeito desta evidência, também Freitas (2009) e Oliveira et al. (2009) obtiveram resultados concordantes nas suas investigações, sendo que os enfermeiros com formação em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados. Por outro lado, também Silva et al. (2013), certificou que os enfermeiros com pós-licenciaturas ou formação especializada conferem maior importância às famílias. Já para Barbieri-Figueiredo et al. (2010), os profissionais com formação em contexto académico e contínuo é que apresentam uma média superior nas atitudes para com a família de parceiro dialogante e como recurso de *coping*.

A este propósito, a variável da formação sobre família foi já considerada como importante para a prática de enfermagem com famílias em estudos realizados em contextos, como os CSP (Freitas, 2009; Silva et al., 2013) e a pediatria (Angelo et al., 2014), não tendo sido, no entanto, uma variável com diferenças estatísticas significativas, num estudo realizado recentemente por Fernandes et al. (2015) em meio hospitalar. Para Angelo (1999), a prática avançada de enfermagem da família só é possível se, os enfermeiros, desde o início da sua formação, forem ensinados a pensar na família. De acordo com o autor, os enfermeiros deverão ser sensibilizados a reconhecer a família como unidade de cuidados e focar a sua atenção na compreensão da complexidade das interações familiares, bem como, nas suas transições de saúde e doenças, inerentes ao ciclo de vida da família, de forma a promoverem um pleno funcionamento da mesma (Abreu, 2010).

Os estudos realizados por Barbieri-Figueiredo et al. (2010) e Alves (2012), demonstraram que os contextos de formação são fulcrais na aprendizagem de competências no âmbito da família,

pelo potencial de otimização da prática profissional de enfermagem, contribuindo, assim, para atitudes mais favoráveis dos enfermeiros, face à família como foco dos seus cuidados.

Fatores que facilitam e dificultam o trabalho dos enfermeiros com as famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário

No que concerne à identificação de fatores facilitadores e dificultadores para uma prática efetiva de enfermagem com famílias de pessoas com feridas no domicílio, de acordo com as respostas dadas, foram agrupados em cinco categorias: características da formação, características/funções do enfermeiro, características dos cuidados de enfermagem, características da família e características da instituição.

Quanto aos fatores facilitadores a categoria mais valorizada, no cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário, foi a das características dos cuidados de enfermagem, de seguida, as características/funções do enfermeiro, as características da instituição, características da família e, por último, características da formação. A categoria mais valorizada engloba as subcategorias: “relação terapêutica estabelecida com família”, “método de trabalho por enfermeiro de família”, “proximidade com as famílias nas consultas de enfermagem no domicílio”, “visão holística dos cuidados ao longo do ciclo vital” e “boa articulação entre os elementos da equipa”. Na investigação de Freitas (2009), apenas a questão da “relação terapêutica estabelecida com família”, não foi mencionada como facilitadora pelos enfermeiros participantes. No entanto, este é um aspeto muito importante no trabalho com as famílias, tal como verifica Araújo (2014), na sua investigação, sendo fundamental o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e utente/família. Para tal, é necessário que o enfermeiro estabeleça uma relação de parceria e colaboração com a família, respeitando as suas características e potencializando dinâmicas promotoras de saúde, tanto nos indivíduos como nas suas famílias (Oliveira et al., 2009), contribuindo para a corresponsabilização entre os intervenientes, sendo este um dos aspetos determinantes na qualidade da relação (Benzein et al., 2008).

O “método de trabalho por enfermeiro de família” é outro aspeto crucial e que permite o desenvolvimento da área de cuidados à família, na medida em que este método de trabalho cria a oportunidade de conhecer as famílias. Assim, os profissionais que orientam o seu trabalho de acordo com este método, apresentam atitudes de maior suporte para com as famílias, do que os que trabalham pelo método funcional, metodologia esta que integra a visão do modelo biomédico, centrado nos procedimentos e técnicas e não nas práticas orientadas para as respostas humanas da pessoa/família (Silva et al., 2013).

Verificou-se, ainda, que a “visão holística dos cuidados ao longo do ciclo vital”, foi um dos fatores apontados como facilitadores do trabalho com as famílias. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015b, p. 101), os cuidados de enfermagem devem dirigir-se “ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma

que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível". De acordo com a investigação de Araújo (2014), corresponde a um dos atributos do enfermeiro de família, reconhecidos pelos utentes que participaram no seu estudo, onde referiram que o enfermeiro de família é o profissional que melhor os conhece e, como tal o mais competente para cuidar dela em qualquer período da sua vida, nomeadamente no tratamento de feridas.

Relacionado com este ponto anterior, surge um outro fator valorizado pelos enfermeiros neste estudo, relacionado com a "proximidade com as famílias nas consultas de enfermagem no domicílio", na medida em que, neste caso concreto da investigação, o enfermeiro se depara com utentes dependentes no âmbito do tratamento de feridas que necessitam, muitas vezes, de cuidados no seu contexto familiar. A prestação de cuidados no domicílio surge como uma resposta mais humanizada, às necessidades das famílias de pessoas com feridas, onde o utente desenvolve um papel ativo em toda a dinâmica da sua recuperação e a sua família é diretamente envolvida nos cuidados (Louro, 2009). A visita domiciliária é assim enfatizada, como uma forma de se prestar cuidados ao utente/família, uma vez que o domicílio é o contexto ideal para se prestar cuidados centrados no utente e em todo o ambiente que o rodeia (Coroas, 2010), bem como para se conhecer e compreender a família, as suas necessidades de cuidados. É ainda onde tanto a pessoa com ferida como a sua família estão mais à vontade para se expressar de forma espontânea, facilitado o processo de desenvolvimento de uma relação efetiva entre os intervenientes (Freitas, 2009). Para Brás (2013), cuidar da família em contexto domiciliário é um dos pontos determinantes de exercício do enfermeiro de família.

Deste modo, o enfermeiro assume um papel de destaque dentro da equipa multidisciplinar, devido às inúmeras oportunidades que tem de conhecer os seus utentes/família, respeitando as suas crenças e fomentando as suas capacidades, podendo adequar de forma personalizada a sua prestação de cuidados (Correia et al., 2001). Assim, quanto ao fator valorizado pelos participantes, da "boa articulação entre os elementos da equipa" verifica-se que o enfermeiro desempenha um papel de gestor na equipa multidisciplinar, na medida em que a sua competência, conhecimentos e capacidades, lhe permite mobilizar os recursos disponíveis para a prestação de cuidados de saúde personalizados e, conseqüentemente, de qualidade (Araújo, 2014).

No que toca aos fatores dificultadores, a categoria mais representativa foi a das características da instituição, com as subcategorias "sistema informático inadequado para registos dos cuidados prestados à família", "recursos humanos insuficientes", "organização dos CSP", "horário de funcionamento inadequado", "recursos materiais insuficientes", "profissionais não valorizam a figura do enfermeiro de família" e "modelos e instrumentos de avaliação familiar demasiado complexos". A segunda categoria considerada pelos enfermeiros como impeditiva da prática de enfermagem com famílias, foi a das características dos cuidados de enfermagem,

de seguida, a das características da família, características/funções do enfermeiro e, por último, novamente as características da formação.

Os enfermeiros nomeiam a existência de um “sistema informático inadequado para registos dos cuidados prestados à família”, referindo-se ao SClínico utilizado na sua prática, na medida em que não lhes permite o registo efetivo dos cuidados que prestam à família. Tal como refere Brás (2013) seria necessário parametrizar o sistema informático, baseado nos princípios do MDAIF, para que fosse possível a avaliação das necessidades do utente/família, diagnóstico, planeamento, intervenção, registo, avaliação e continuidade dos cuidados, sendo possível, inclusive, a monitorização dos cuidados, extraindo indicadores que traduzissem os ganhos em saúde.

Ainda assim, os modelos existentes são considerados pelos enfermeiros participantes como dificultadores da prática de enfermagem com famílias, na medida em que são “modelos e instrumentos de avaliação familiar demasiado complexos”. De acordo com Figueiredo (2009), o MDAIF considera como alvo dos cuidados de enfermagem o sistema familiar e centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões de avaliação da família, a dimensão de avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional. Pereira (2012), considera que a sua aplicação fornece dados que nos permitem propor as intervenções mais adequadas às necessidades da família, permitindo-nos, compreender a complexidade e multidimensionalidade que caracteriza a entidade família. No entanto, o mesmo autor reconhece que é um instrumento que causa algumas dificuldades na sua aplicação, na medida em que é muito extenso e abrange áreas do foro íntimo, nem sempre fáceis de abordar.

A “Organização dos CSP”, em USF e UCSP foi também apontado pelos enfermeiros como fator que condiciona, de forma negativa, a sua prática de enfermagem com as famílias. Tal facto está em consonância com o que Silva et al. (2013) citam no seu estudo, em que o tipo de unidade funcional onde os enfermeiros trabalham parece condicionar as atitudes destes na interação com as famílias. Isto é ainda perspetivado pelo utente, na medida em que avaliando a satisfação dos mesmos, as USF apresentam, de uma forma sistemática, maior satisfação face aos utentes das UCSP (Ferreira & Vítor, 2015). No entanto, apesar disto, no presente estudo, não foram obtidos resultados estatisticamente significativos, quanto à influência da variável da unidade funcional com a perceção da prática diária e a importância atribuída à enfermagem com famílias, tal como se referiu no ponto anterior.

Também a escassez de recursos nomeadamente os “recursos humanos e materiais”, foi mencionada pelos enfermeiros. Estes aspetos foram apontados noutros estudos, nomeadamente no de Freitas (2009) e Figueiredo & Martins (2010) como fatores que contribuem para que os cuidados de enfermagem continuem centrados no indivíduo e não na família.

Os enfermeiros consideram, ainda que o “horário de funcionamento é inadequado”, na medida em que é rígido, não sendo fácil prestar cuidados às famílias, nomeadamente em contexto domiciliário, devido aos horários de trabalho das mesmas. Na prática, a realização de visitas domiciliárias, nem sempre permite reunir toda a família (Pereira, 2012), sendo, por isso, um fator dificultador da prestação de cuidados à família. No entanto, do lado do utilizador, verifica-se que um dos pontos referidos como positivos e com impacto estatisticamente significativo na satisfação dos utentes é a acessibilidade (63,4%), nomeadamente nos cuidados no domicílio (76,5%) (Ferreira & Vítor, 2015).

Além dos fatores referidos, há ainda o facto que os próprios “profissionais não valorizam a figura do enfermeiro de família”, o que dificulta o seu papel dentro da equipa multidisciplinar. Os outros profissionais têm tendência a uma perceção estereotipada relativamente ao papel dos enfermeiros nos CSP a cuidar de famílias (Neves, 2012). No entanto, cabe aos enfermeiros clarificar o seu papel de atuação, aproveitando o facto de serem os profissionais mais próximos das famílias, acompanhando-as ao longo do seu ciclo vital, sendo por essa razão, os profissionais que estão em melhores condições para referenciar os utentes para os outros profissionais, sempre que as necessidades de saúde dos utentes/famílias, não se enquadrem no seu foro de competências (Brás, 2013). Apesar dos profissionais não valorizarem esta figura, Araújo (2014) concluiu que os utentes consideram a possibilidade de cada um ter o seu enfermeiro de família, como uma mais-valia nos cuidados de enfermagem globais e contínuos de que são alvo ao longo da sua vida.

De ressaltar que, apesar da questão da formação sobre família ter sido referida como um dos fatores facilitadores e dificultadores da prática de enfermagem de família, constatou-se que dentro de todos os fatores referidos, são os menos valorizados pelos enfermeiros. Este aspeto não está em consonância com os resultados obtidos em estudos anteriores, nomeadamente no de Freitas (2009), em que a pouca formação surge como o principal fator aludido pelos enfermeiros como dificultador de uma prática de enfermagem com famílias. Tal resultado poderá estar relacionado com a falta de reconhecimento da especialidade em enfermagem de saúde familiar, bem como, pelo facto dos enfermeiros se encontrarem desmotivados, não reconhecendo a necessidade de investir na sua formação para prestarem melhores cuidados.

Os fatores mencionados no estudo pelos enfermeiros, como fatores dificultadores do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário, poderão estar relacionados e ser fatores condicionantes para a discrepância existente entre a sua perceção da prática diária e a elevada importância que atribuem a essa mesma prática.

4. CONCLUSÕES

A família é a célula vital da sociedade e com o aumento da longevidade e a prevalência de doenças crônicas, as intervenções dos enfermeiros devem orientar-se no sentido de recorrer à família como parceira nos cuidados, sendo um recurso fundamental para a promoção da qualidade de vida dos seus membros. Ao cuidarem de famílias que vivenciam transições de saúde/doença, inerentes ao ciclo de vida, os enfermeiros devem ter em conta o potencial da mesma para ajudá-la no restabelecimento do seu equilíbrio (Abreu, 2010).

Este protagonismo recente da relevância da família na prestação de cuidados, torna os enfermeiros os atores de destaque na prestação de cuidados de saúde. A enfermagem de família tem aqui uma responsabilidade determinante para garantir respostas de qualidade à população.

A reflexão fundamentada desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu dar resposta aos objetivos inicialmente definidos. Comparando as duas subescalas, conclui-se que os enfermeiros do ACeS Baixo Vouga conferem uma média superior à importância atribuída à prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário do que à prática diária nesse mesmo âmbito.

Na medida em que, as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família, condicionam todo o processo do cuidar, deve promover-se um atendimento acolhedor ao utente e família, estabelecendo relações humanizadas entre quem cuida e é cuidado, garantindo, desta forma, um atendimento de qualidade. Assim, o caminho passa pela mudança de atitudes, por motivar os profissionais e capacitá-los com instrumentos e habilidade, que os ajudarão a atuar de uma nova forma, perante a família.

A formação especializada em enfermagem de saúde familiar, ao permitir concetualizar e implementar de forma mais científica todo o processo de enfermagem, acarreta inevitáveis vantagens para os enfermeiros, na medida em que vêm definido todo o seu âmbito e competências de atuação, bem como para o indivíduo/família já que é, assim, capaz de reconhecer o enfermeiro de família como o seu profissional de referência sempre que necessitar da sua intervenção.

A prática de enfermagem familiar é uma área em desenvolvimento e constituirá no futuro uma dimensão significativa dos CSP, assim que for possível a sua operacionalização, por forma a serem mensuráveis os indicadores que permitirão concluir acerca das mais-valias deste modelo do ponto de vista dos ganhos em saúde obtidos.

4.1. Síntese dos principais resultados

A população do estudo caracteriza-se na sua maioria por participantes do sexo feminino, com idades inferiores aos 40 anos e com licenciatura como habilitações literárias, quanto às características sociodemográficas. No que toca às características profissionais, os participantes na sua maioria pertencem à categoria de enfermeiro e não têm especialidade. A área da especialidade mais representada é a enfermagem de saúde comunitária. A maioria dos enfermeiros encontra-se há mais de 21 anos a trabalhar, embora nos CSP a maior parte tenha menos de 10 anos de serviço. Encontram-se a trabalhar mais em UCSP do que USF e o Centro de Saúde com maior expressividade é o Centro de Saúde de Aveiro. A maioria dos enfermeiros do ACeS Baixo Vouga não frequentou unidade curricular sobre família, tendo tido a maioria, contacto com a temática, em formação dispersa sobre família.

Quanto aos resultados obtidos para a subescala da perceção dos enfermeiros sobre a prática de diária da enfermagem com famílias, verificou-se que os enfermeiros atribuíram à maioria das atitudes, a frequência de “muitas vezes”. Nos testes estatísticos de análise de relação de variáveis, demonstraram que não existem resultados estatisticamente significativos, que mostrem a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na sua prática diária. Constatou-se, ainda que a prática diária é influenciada, apenas, pelas características de formação dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros que frequentaram unidades curriculares sobre família percecionam níveis na prática mais elevados, relativamente aos que não frequentaram.

Quanto à subescala da importância atribuída pelos enfermeiros a prática de enfermagem de família, a categoria mais relevante na escala foi a “importante”. Quanto à importância atribuída à enfermagem com famílias é influenciada pelas características sociodemográficas (habilitações literárias), profissionais (categoria profissional e especialidade de enfermagem) e de formação (unidade curricular sobre família e formação com conteúdo sobre família disperso). Os enfermeiros com habilitações literárias superiores (mestrado e doutoramento), os que têm especialidade e se incluem na categoria de enfermeiro especialista ou chefe e os que frequentaram unidades curriculares sobre família ou tiveram formação com conteúdo sobre família disperso, atribuem maior importância à prática de enfermagem de família.

Outro dado relevante foi que a média da importância atribuída à prática de enfermagem no âmbito de cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário foi sempre superior à média obtida na prática diária dos enfermeiros, podendo concluir-se que a amostra atribui níveis mais elevados à importância de uma enfermagem com famílias comparativamente aos níveis de aplicabilidade na prática dessa mesma abordagem de enfermagem.

Em relação aos fatores facilitadores da prática de enfermagem com famílias, foram considerados pelos enfermeiros como mais importantes, as características dos cuidados de

enfermagem. Relativamente aos fatores dificultadores da prática de enfermagem com famílias, foram as características da instituição as mais apontadas pelos participantes.

4.2. Limitações do estudo

Como obstáculo da investigação, destaca-se o facto de se ter tido pouco tempo para aplicação do estudo e o questionário ser longo para preencher, aspetos que poderão ter condicionado o número de questionários obtidos na recolha de dados.

No momento da recolha dos dados, várias UCSP sofriam reestruturação dos serviços para USF, inclusive com integração de novos elementos e saída de outros da equipa, o que poderá ter também influenciado as respostas dos enfermeiros.

O tratamento dos dados das questões qualitativas constitui também, uma limitação do estudo, inerente à subjetividade dos dados obtidos, que poderão ser influenciados pela perspetiva do investigador.

4.3. Implicações para a prática e trabalho futuro

Os enfermeiros estão a enfrentar grandes desafios, que exigem para além da afirmação das suas competências, também o reconhecimento do seu essencial contributo para a saúde das pessoas, famílias e comunidade. Para que estes aspetos sejam atingidos é necessário continuar a evoluir e aproveitar esta excelente oportunidade para desenvolver a investigação na área da enfermagem de família, nomeadamente no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário.

Para isso, é necessário que se desenvolvam estratégias que demonstrem a mais-valia do enfermeiro de família, tanto junto da equipa multidisciplinar, como dos utentes/famílias, incluindo a divulgação da investigação realizada na área da enfermagem com famílias, bem como desenvolvendo instrumentos metodológicos que permitam avaliar a influência das suas intervenções, na qualidade de vida e de saúde prestados à população.

As próprias escolas de enfermagem devem ser parceiras neste processo, incluindo nos seus planos de estudos, unidades curriculares específicas sobre família, já que nos estudos realizados isso se traduziu em cuidados mais especializados e de maior inclusão e valorização da família por parte dos enfermeiros. Desta forma, os enfermeiros chegarão ao mercado de trabalho com a capacidade de agir eficazmente na prestação de cuidados à família, apoiados de conhecimentos científicos específicos nessa área de abordagem, sendo lhes mais fácil desenvolver tal competência.

Quanto aos resultados obtidos, os mesmos serão divulgados por todo o ACeS, com o intuito de fazer com que os enfermeiros reflitam sobre as suas intervenções no cuidar de famílias de pessoas com feridas no domicílio, de forma a esforçarem-se em aproximar as suas atitudes na

prática diária de inclusão da família à elevada importância que lhe atribuem. Espera-se que se consciencializem no sentido de mudarem os seus comportamentos, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, da vida dos utentes/famílias, tendo em conta a família enquanto sistema. No caso de não se sentirem capazes, o objetivo é sensibilizá-los de forma a despertar interesse para aprofundarem conhecimentos na área.

No futuro seria benéfico que se continuasse a investigação na área da enfermagem de saúde familiar, nomeadamente na identificação das conceções sobre as práticas dos enfermeiros e as suas atitudes com as famílias. Além disso, seria pertinente que se estudasse a perceção dos enfermeiros noutra área geográfica do país, bem como a perceção dos utentes e dos restantes profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, sobre a mais-valia dessas práticas do enfermeiro de família na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2010). Prefácio. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 6–11). Porto.
- Alves, L., Leiman, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., ... Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23(8), 1924–1930. doi:10.1590/S0102-311X2007000800019.
- Alves, M. (2012). Atitudes dos Enfermeiros face à família nos cuidados e sua relação com a vulnerabilidade da família - contexto pediátrico. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 165–173). Porto.
- Angelo, M. (1999). Abrir-se para a família: Superando Desafios. *Família, Saúde E Desenvolvimento*, 1(1), 7–14. Retrieved from <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4882>.
- Angelo, M., Cruz, A., Mekitarian, F., Santos, C., Martinho, M., & Martins, M. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 75–81. doi:10.1590/S0080-623420140000600011.
- Antunes, V. (2012). *Organização dos Cuidados pelo Método de Enfermeiro de Família por Área Geográfica*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo Gestão de Unidades de Saúde no Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Araújo, C. (2014). *Percepção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(4), 869-875.
- Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (n.º 6), 95–102. doi:10.12707/RIII1171.
- Barbieri-Figueiredo, M., Martins, M., Martinho, M., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., ... Carvalho, J. (2010). Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 20–32). Porto.

- Barbieri-Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., Vilar, A., Martinho, M., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, concepções e práticas dos Enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 36–43). Porto.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (Edições 70, Ed.). Lisboa.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K., & Saveman, B. (2008). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care: A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162–180. doi:10.1177/1074840708317058.
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 67–79.
- Biscaia, A., & Amorim, A. (2013). A essência das Unidades de Saúde Familiar: USF – Modelo Positivo do Presente e para o Futuro. Porto.
- Blanes, L., Duarte, I., Calil, J., & Ferreira, L. (2004). Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 182–187. doi:10.1590/S0104-42302004000200036.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Brás, M. (2013). Enfermagem Familiar Revolucionar o Paradigma dos Cuidados Primários. *Revista Da Ordem Dos Enfermeiros*, 3–5.
- Campos, S., Chagas, Â., Costa, A., França, R., & Jansen, A. (2010). Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 23(5), 703–714. doi:10.1590/S1415-52732010000500002.
- Carvalho, J., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., & Oliveira, P. (2010). Atitudes dos Enfermeiros face à família em unidades de internamento. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44–74). Porto.
- Coroas, A. (2010). *Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa. Retrieved from <http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1632>.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75–82. Lisboa.

- Correia, F., & Dias, P. (2012). Avaliação nutricional em idosos dependentes: escalas de rastreio nutricional. *Journal of Tissue Regeneration and Healing - Revista Da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas*, 32–37. Retrieved from http://www.trh-journal.com/wp-content/uploads/TRHJournal_n01.pdf.
- Costa, I. (2014). *Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores*. Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt//handle/10400.19/2551>.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 127–136. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14>.
- Curopos, L. I. C. (2014). *Avaliação e Intervenção Familiar*. Instituto Politécnico de Bragança.
- Direção Geral de Saúde. Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados, Circular Normativa n.º 4/DSPCS (2010). Lisboa.
- Duarte, S. (2012). Construir a Parceria de Cuidados no Domicílio. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 187–194). Porto.
- ELCOS. (2015). Fórum Ibérico 2015 - *O Diálogo das Profissões na Prevenção e Tratamento de Feridas*. Retrieved from http://sociedadeferidas.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=202.
- EPUAP. (2009). Guia Internacional Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido. Retrieved from http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf.
- Fernandes, C., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (N.º7), 21–30.
- Ferreira, A., Pereira, A., Ferreira, S., Vieira, E., & Meireles, N. (2012). Comunicando com a Família: qual a importância do enfermeiro de família? In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 220–224). Porto.
- Ferreira, P., & Vítor, R. (2015). Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP - Relatório Final. Coimbra. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relatório Final-VF.pdf>.

- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/234107724_Family_Nursing_a_context_of_caring/file/d912f50f2d7fe079ed.pdf.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Figueiredo, M. (2011). Enfermeria de familia en Portugal: un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermeria Omunitaria*, 4(2), 45–48.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43(3), 615–621. doi:10.1590/S0080-62342009000300017.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). *Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem*. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(3), 552–559. doi:10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, A. (2009). *Perspectiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamliasAlexandraFreitas.pdf>.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência. doi:972-8383-83-5.
- ICN. (2002). *Nurses always there for you: Caring for families*. Geneva. doi:95005-42-2.
- ICN. (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Genebra.
- INE. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos - Portugal*. Lisboa.
- Lapão, L. (2007). Desafios da complexidade de uma Rede de Cuidados de Saúde: procurando a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 755–763.
- Lino, L. (2013). *Dependência funcional e auto-estima na pessoa com ferida crónica*. Dissertação de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual na Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11625>.

- Louro, M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Tese de Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Retrieved from http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese_doutoramento_revista.pdf.
- Martins, O. (2014). *A família do idoso dependente – Análise das necessidades/dificuldades no cuidar no domicílio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária no Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ministério da Saúde. *Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto*. Lisboa: Diário da República n.º 149, 1.ª série (2014).
- Ministério da Saúde. *Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto*. Lisboa: Diário da República n.º 161, I Série (2007).
- Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. *Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: Diário da República n.º 35, 2ª Série (2011).
- Ministério da Saúde. *Regulamento n.º 367/2015 de 29 de junho*. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: Diário da República n.º 124, 2.ª Série (2015).
- Ministério da Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2006). Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 12 de Outubro. Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Diário da República n.º 196, I Série B (2006).
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125–134. Coimbra.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., ... Martins, M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Linha de Investigação em Enfermagem de Família: Da investigação à prática de Enfermagem de Família* (pp. 35–48). Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). A cada família o seu enfermeiro. Ordem Dos Enfermeiros, N.º 6 (pp.16–17). Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE6.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFamilia2008.aspx.
- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Familiar* (2010). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar* (2011). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Vol. 1). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (2015). Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata.
- Paula, M. (2011). Aspectos da Assistência Domiciliar à Pessoa com Feridas. *Revista Estima*, 9(2), 39–44. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Pereira, J. (2012). *A relação entre o enfermeiro e a família na visita domiciliária*. Relatório de Estágio na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Escola Superior de Santarém.
- Pires, N. (2012). *Úlcera de Perna: Impacto na Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer*. Dissertação em Feridas e Viabilidade Tecidual na Universidade Católica Portuguesa.
- Ramos, S. (2013). *Prevenção de úlceras de pressão no domicílio com pessoas idosas em situação de dependência: uma prática baseada na evidência*. Relatório de Estágio da Especialidade de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Santarém. Retrieved from <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1216>.
- Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, M. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Tese de Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa. Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6979>.
- Silva, C. (2010). *Qualidade de vida: relato dos pacientes portadores de feridas submetidos ao tratamento de oxigenoterapia hiperbárica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- Silva, M., Costa, M., & Silva, M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 19–28. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII11/serIII11a03.pdf>.
- Söderström, I., Benzein, E., & Saveman, B. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 185–199.
- Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 180(11), 1091–1092. doi:10.1503/cmaj.090542.
- Teixeira, B. (2009). *Cuidar de Pessoas Dependentes com Úlceras de Pressão: Percursos e Discursos dos Cuidadores Informais*. Universidade do Porto.
- World Health Organization. (2000). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. Retrieved from <http://www.euro.who.int/>
- Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca Editora.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

“Enfermeiro de família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: Perspetiva do Enfermeiro”

O estudo surge no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, sob a orientação científica do Professor Doutor João Filipe Simões e sob co-orientação científica da Professora Doutora Marília Rua, docentes da Universidade de Aveiro e tem como principal objetivo saber a perceção dos enfermeiros sobre a **sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem.**

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

Para o preenchimento deste questionário tenha em consideração o seguinte:

- Responda individualmente
- Responda a todas as perguntas

QUESTIONÁRIO

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Idade: _____

2. Género: Feminino Masculino

3. Habilitações literárias:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

4. Categoria profissional:

Enfermeira(o)

Enfermeiro Especialista

Enfermeira(o) Chefe

5. Especialidade:

Não Sim Qual? _____

6. Nº de anos de serviço

7. Nº de anos de serviço nos Cuidados de Saúde Primários

8. Unidade funcional onde atualmente desempenha as suas funções

UCSP USF

Centro de Saúde de

9. Durante a sua formação académica teve alguma Unidade Curricular sobre família?

Não Sim

Se respondeu sim, em que formação?

10. Durante a sua formação académica teve algum conteúdo sobre família disperso pelas várias disciplinas?

Não Sim

Se respondeu sim, em que formação?

**II PARTE – PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS DE PESSOAS COM
FERIDAS EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

12. Indique 3 aspetos que considere facilitadores à prática da Enfermagem de Família

13. Indique 3 aspetos que considere dificultadores à prática da Enfermagem de Família

Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEP)

PRÁTICA DIÁRIA (a): Pense cuidadosamente acerca de cada item e em que medida esses aspetos são incluídos na PRÁTICA DIÁRIA DOS ENFERMEIROS de cuidados de Saúde Primários. Coloque uma cruz na resposta 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. Coloque uma cruz na resposta que melhor se adequa à sua opinião na coluna da IMPORTÂNCIA

	Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...	Prática Diária				...	Importância			
		Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre		Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	constrói o genograma familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	constrói o ecomapa familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	identifica os membros que compõem a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	analisa a interação entre os membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14. | identifica a etapa do ciclo vital da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. | identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. | identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. | identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. | identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. | analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. | identifica as crenças / valores que norteiam a família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. | avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. | analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. | analisa a história de saúde da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. | identifica a situação de saúde dos membros da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. | identifica os comportamentos da família face à saúde / doença | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. | identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. | efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. | em conjunto com a família, valida a avaliação inicial | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. | em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. | em conjunto com a família, prioriza as necessidades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. | identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. | em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | | | | | | | | | | |
|-----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 33. | em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. | em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. | apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. | reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. | dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. | empenha-se para promover a mudança na família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. | muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. | facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. | utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. | inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. | avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. | avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. | avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. | avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. | avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. | avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Grata pela colaboração.
Maria Francisca Nunes**

**ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À AUTORA DA ESCALA PARA
UTILIZAÇÃO NO ESTUDO**

Pedido de autorização

Dissertacao Mestrado 2016 x



Francisca Nunes <mfranciscanunes@gmail.com>

21/09/15 ☆



para alexfreitas1966 ▾

Boa noite Enf.^a Alexandra Freitas,

Sou enfermeira na USF Flor de Sal do Centro de Saúde de Aveiro e estou inscrita no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Nesse âmbito, estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema: "Enfermeiro de família como cuidador privilegiado do sistema familiar: Perspetiva do enfermeiro acerca do seu cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário", sob a orientação científica do Professor Doutor João Filipe Simões e sob co-orientação científica da Professora Doutora Marília Rua, docentes da Universidade de Aveiro.

O estudo tem como objetivo saber a perceção dos enfermeiros sobre a sua prática diária na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem.

Tendo sido a sua dissertação de mestrado também nesta área, com a validação de uma escala, venho por este meio solicitar a vossa excelência autorização para utilizá-la num estudo no ACES Baixo Vouga da Administração Regional de Saúde do Centro.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Francisca Nunes



Alexandra Freitas <alexfreitas1966@gmail.com>

23/09/15 ☆



para mim ▾

Bom dia Sr^a Enfermeira Francisca Nunes

Fico muito satisfeita pela sua intenção de usar a escala Perceção dos Enfermeiros sobre a Enfermagem de Família (PEEF). Envio em anexo a escala solicitada pedindo apenas, como contrapartida, que me comunicasse os resultados encontrados. Caso necessite de algum esclarecimento esteja à vontade para me comunicar.

Desejo-lhe as maiores felicidades

Atenciosamente



**ANEXO III – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA ARS CENTRO PARA REALIZAÇÃO
DO ESTUDO**

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Parecer favorável.</p>	<p>DESPACHO: <i>Homologar - de o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>24.9.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. José Manuel Azeredo Tereso Presidente</p>
--	---

<p>ASSUNTO:</p>	<p>56/2015 - Enfermeiro de família como cuidador privilegiado do sistema familiar: perspectiva do papel do enfermeiro no cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Maria Augusta Mota Vice-Presidente,</p> <p><i>[Assinatura]</i> Dr. Luís Manuel Mútilo Mendes Ceiro Vogel.</p>
------------------------	--

- Projeto bem estruturado e descrito. A investigadora pretende, mediante a aplicação de um questionário confidencial a vários enfermeiros de família das USF e USCP do ACES do Baixo Vouga documentar a percepção dos enfermeiros de família quanto à sua prática diária na prestação de cuidados no âmbito do cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário.

O Presidente da CES:

[Assinatura]
(Prof. Dr. Foutes Ribeiro)

O Relator:

[Assinatura]
(Dra. Carla Barbosa)

**ANEXO IV - PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO ACES BAIXO VOUGA PARA
REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Comissão de Ética

1 mensagem

Maria, Damas <maria.damas@srsaveiro.min-saude.pt>

8 de outubro de 2015 às 15:12

Para: coord.usf_aguedamaissaude@csagueda.min-saude.pt, coord.usf_rainhadtereza@csalbergaria.min-saude.pt, coord.usf_flordesa@csaveiro.min-saude.pt, coord.usf_moliceiro@csaveiro.min-saude.pt, coord.usf_stajoana@csaveiro.min-saude.pt, ana.padrao@csaveiro.min-saude.pt, coord.usf_terrasdoantua@csestarreja.min-saude.pt, fernando.lopes@csestarreja.min-saude.pt, coord.usf_costadeprata@csilhavo.min-saude.pt, coord.usf_leme@csilhavo.min-saude.pt, maria.carvalho@csilhavo.min-saude.pt, sandra.almeida@csilhavo.min-saude.pt, coord.usf_barrinha@csovar.min-saude.pt, coord.usf_joaosemana@csovar.min-saude.pt, coord.usf_sjoaovar@csovar.min-saude.pt, coord.usf_alpha@csovar.min-saude.pt, secundino.rodriguez@csovar.min-saude.pt, coord.usf_lacos@csovar.min-saude.pt, coord.ucsp_agueda1@csagueda.min-saude.pt, coord.ucsp_agueda2@csagueda.min-saude.pt, cristina.tejo@csagueda.min-saude.pt, jaquelina.santos@csagueda.min-saude.pt, coord.ucsp_albergariavelha1@csalbergaria.min-saude.pt, isabel.lemos.lapa@gmail.com, coord.ucsp_anadia1@csanadia.min-saude.pt, ribeiro.ccbv.1@gmail.com, maria.marques@csanadia.min-saude.pt, coord.ucsp_anadia3@csanadia.min-saude.pt, coord.ucsp_aveiro1@csaveiro.min-saude.pt, luis.monteiro@csaveiro.min-saude.pt, heunice.nunez@csaveiro.min-saude.pt, med.estarreja@csestarreja.min-saude.pt, helder.ventura@csestarreja.min-saude.pt, antonio.caravela@csmurtosa.min-saude.pt, coord.ucsp_obairro1@csobairro.min-saude.pt, fernando.martins@csobairro.min-saude.pt, coord.ucsp_obairro2@csobairro.min-saude.pt, coord.ucsp_svouga@cssvouga.min-saude.pt, carlos.maia@csvagos.min-saude.pt, coord.ucsp_vagos2@csvagos.min-saude.pt
Cc: "Dir. Exec. ACeS_BxVouga" <dex-aces_bxvouga@srsaveiro.min-saude.pt>, "Pres.C.Clinico ACeS Baixo Vouga" <pcc-aces_bxvouga@srsaveiro.min-saude.pt>, "Benilde, Teixeira" <benilde.teixeira@srsaveiro.min-saude.pt>, "Coord. Enf. ACeS Baixo Vouga" <coord.enf-aces_bxvouga@srsaveiro.min-saude.pt>, Rosario Oliveira <rosario.oliveira@srsaveiro.min-saude.pt>, "Teresa, Braz" <teresa.braz@srsaveiro.min-saude.pt>, mfranciscanunes@gmail.com

Exmo. (º) Sr. (º) Coordenador (a)

Para conhecimento e efeitos convenientes, junto se ervia e-mail recebido da Comissão de Ética da ARS Centro, sobre o estudo "Enfermeiro de família como cuidador privilegiado do sistema familiar: Perspectiva do papel do enfermeiro no cuidar de famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário", em todas as Unidades Funcionais do ACeS.

Com os melhores cumprimentos.

Maria Augusta Damas

Maria Augusta Damas

Secretariado ACeS Baixo Vouga

E-mail: aces_bxvouga@srsaveiro.min-saude.ptmaria.damas@srsaveiro.min-saude.pt

ANEXO V – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Exmo. Sr.(a) Enf.º(a),

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema: **“Enfermeiro de família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: Perspetiva do Enfermeiro”**, sob a orientação científica do Professor Doutor João Filipe Simões e sob co-orientação científica da Professora Doutora Marília Rua, docentes da Universidade de Aveiro. O estudo tem como objetivo saber a perceção dos enfermeiros sobre **a sua prática diária na prestação de cuidados a famílias de pessoas com feridas em contexto domiciliário e a importância que lhe atribuem.**

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

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Desde já agradeço a sua disponibilidade, estando disponível para esclarecer qualquer dúvida:

Maria Francisca Miranda Silva Nunes (mfrancisca@ua.pt)

Local de trabalho: USF Flor de Sal

-x-

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Assinatura do participante:

_____, __/__/__

ANEXO VI – TABELAS RESULTANTES DA ANÁLISE DE DADOS

**INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NA PRÁTICA DIÁRIA DOS
ENFERMEIROS**

Tabela 10: Estatística descritiva e testes estatísticos aplicados às respostas aos itens que caracterizam a PRÁTICA DIÁRIA segundo as variáveis sociodemográficas - idade, género e habilitações literárias

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest.+ Dout.	Z	p-value
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	78,03	74,03	72,05	0,548	0,760	75,91	70,27	-0,447	0,655	74,88	80,03	-0,509	0,611
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	78,37	75,26	68,88	1,157	0,561	77,39	51,59	-2,088	0,037	75,93	72,33	-0,363	0,717
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	78,59	72,09	74,32	0,857	0,651	74,79	84,45	-0,788	0,431	73,89	87,28	-1,360	0,174
4.	constrói o genograma familiar	78,38	72,81	73,50	0,861	0,650	76,32	65,09	-1,019	0,308	74,91	79,83	-0,557	0,577
5.	constrói o ecomapa familiar	77,45	72,57	76,25	0,689	0,709	76,96	57,00	-1,953	0,051	74,51	82,78	-1,008	0,313
6.	identifica os membros que compõem a família	72,75	77,90	77,75	0,581	0,748	77,08	55,59	-1,679	0,093	75,30	76,94	-0,160	0,873
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	76,39	75,56	73,20	0,120	0,942	76,53	62,50	-1,085	0,278	74,75	80,97	-0,600	0,549
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	78,78	73,18	66,13	1,952	0,377	76,45	63,45	-1,020	0,308	75,53	75,31	-0,022	0,983
9.	analisa a interação entre os membros da família	74,78	74,25	79,39	0,332	0,847	76,50	62,91	-1,082	0,279	75,74	73,72	-0,201	0,841

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest.+ Dout.	Z	p-value
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	75,69	76,45	73,23	0,119	0,942	77,42	51,23	-2,072	0,038	75,58	74,89	-0,068	0,945
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	73,08	78,39	76,00	0,543	0,762	77,00	56,50	-1,651	0,099	75,61	74,67	-0,095	0,924
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	76,57	80,25	71,29	1,231	0,540	77,00	56,55	-1,641	0,101	74,48	82,97	-0,849	0,396
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	69,31	90,96	61,48	12,724	0,002	75,96	69,73	-0,492	0,623	74,57	82,31	-0,761	0,447
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	80,54	75,07	63,89	3,290	0,193	76,12	67,68	-0,657	0,511	74,77	80,83	-0,588	0,557
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	78,78	77,87	62,93	3,332	0,189	75,84	71,18	-0,367	0,713	74,27	84,56	-1,011	0,312
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	77,20	81,84	59,32	6,031	0,051	76,70	60,36	-1,303	0,192	75,75	73,67	-0,207	0,836
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	80,01	77,14	61,29	4,356	0,113	76,34	64,86	-0,901	0,367	75,56	75,03	-0,053	0,958
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	76,52	79,28	65,82	2,076	0,354	75,24	78,73	-0,273	0,785	75,27	77,17	-0,185	0,853

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	<i>p-value</i>	F	M	Z	<i>p-value</i>	Bac+ Lic	Mest.+ Dout.	Z	<i>p-value</i>
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	79,48	74,85	66,93	1,969	0,374	76,06	68,41	-0,609	0,543	74,61	82,00	-0,733	0,464
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	78,62	76,03	66,82	1,728	0,421	75,41	76,68	-0,101	0,919	74,86	80,17	-0,525	0,600
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	71,99	79,08	77,38	1,030	0,597	76,32	65,14	-0,899	0,369	75,52	75,33	-0,019	0,985
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	74,17	78,03	73,98	0,331	0,847	75,87	70,86	-0,402	0,688	76,10	71,11	-0,499	0,618
23.	analisa a história de saúde da família	74,68	75,02	78,43	0,182	0,913	75,40	76,82	-0,112	0,911	75,82	73,14	-0,264	0,792
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	74,76	74,69	78,86	0,242	0,886	75,54	75,00	-0,043	0,966	74,24	84,75	-1,044	0,296
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	75,61	75,72	74,82	0,010	0,995	75,06	81,05	-0,479	0,632	74,37	83,78	-0,938	0,348
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	76,85	76,47	70,34	0,592	0,744	75,03	81,50	-0,524	0,600	73,85	87,58	-1,386	0,166
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	72,56	75,40	82,95	1,290	0,525	74,73	85,18	-0,817	0,414	73,09	93,14	-1,954	0,051
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	69,52	83,31	75,45	3,389	0,184	75,56	74,77	-0,061	0,951	75,95	72,17	-0,368	0,713

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest.+ Dout.	Z	p-value
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	73,36	78,29	75,48	0,439	0,803	75,03	81,41	-0,500	0,617	74,94	79,58	-0,453	0,650
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	75,25	72,55	81,70	0,934	0,627	76,03	68,86	-0,563	0,574	75,63	74,56	-0,105	0,916
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	75,38	77,01	72,95	0,188	0,910	75,84	71,23	-0,366	0,715	75,64	74,50	-0,112	0,911
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	75,55	80,08	66,70	2,009	0,366	76,06	68,45	-0,600	0,548	75,40	76,25	-0,084	0,933
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	76,57	75,31	73,21	0,137	0,934	75,74	72,45	-0,258	0,797	76,30	69,67	-0,648	0,517
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	80,24	70,88	72,57	1,827	0,401	75,31	77,86	-0,204	0,839	75,92	72,44	-0,346	0,730
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	76,88	73,50	75,88	0,231	0,891	75,15	79,95	-0,395	0,693	76,49	68,22	-0,847	0,397
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	81,64	68,75	73,16	3,423	0,181	74,86	83,64	-0,721	0,471	74,04	86,19	-1,244	0,213

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest.+ Dout.	Z	p-value
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	75,83	72,81	79,79	0,561	0,756	74,78	84,55	-0,776	0,438	74,19	85,08	-1,079	0,281
38.	empenha-se para promover a mudança na família	75,10	77,51	72,68	0,283	0,868	75,44	76,27	-0,067	0,947	74,58	82,25	-0,767	0,443
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	77,54	73,47	74,30	0,339	0,844	75,21	79,18	-0,316	0,752	74,00	86,53	-1,242	0,214
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	77,37	74,24	73,29	0,286	0,867	74,47	88,50	-1,113	0,266	74,55	82,50	-0,786	0,432
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	75,22	70,45	85,75	2,806	0,246	75,37	77,18	-0,148	0,882	74,67	81,56	-0,700	0,484
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	70,67	81,42	76,20	2,066	0,356	75,90	70,41	-0,428	0,669	76,89	65,33	-1,121	0,262
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	71,73	76,85	82,23	1,420	0,492	75,28	78,23	-0,231	0,817	75,73	73,81	-0,189	0,850
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	76,47	71,00	81,63	1,389	0,499	76,24	66,09	-0,817	0,414	74,73	81,11	-0,639	0,523
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	75,04	77,34	73,16	0,212	0,899	75,76	72,23	-0,278	0,781	74,13	85,56	-1,123	0,261

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	<i>p-value</i>	F	M	Z	<i>p-value</i>	Bac+ Lic	Mest.+ Dout.	Z	<i>p-value</i>
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	74,72	80,63	67,70	1,898	0,387	74,81	84,18	-0,735	0,462	76,60	67,44	-0,895	0,371
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	75,83	76,42	72,96	0,141	0,932	75,67	73,36	-0,182	0,856	74,51	82,78	-0,813	0,416
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	76,26	74,19	76,11	0,085	0,959	75,36	77,23	-0,146	0,884	75,41	76,14	-0,071	0,944

**INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS PROFISSIONAIS NA PRÁTICA DIÁRIA DOS
ENFERMEIROS**

Tabela 11: Estatística descritiva e testes estatísticos aplicados às respostas aos itens que caracterizam a PRÁTICA DIÁRIA segundo as variáveis das características profissionais - anos de serviço e anos de serviço nos CSP

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	<i>p-value</i>	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	<i>p-value</i>
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,39	1,20	1,29	0,598	0,551	71,59	77,77	76,71	0,827	0,661
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	1,17	1,04	1,02	0,611	0,544	73,01	78,76	68,26	1,237	0,539
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	0,68	0,61	0,60	0,174	0,841	74,25	75,62	72,29	0,111	0,946
4.	constrói o genograma familiar	0,44	0,35	0,31	0,589	0,556	74,99	73,85	74,42	0,034	0,983
5.	constrói o ecomapa familiar	0,39	0,30	0,25	0,607	0,546	74,15	75,79	72,24	0,191	0,909
6.	identifica os membros que compõem a família	1,93	1,74	1,91	0,722	0,488	74,23	70,03	88,26	2,890	0,236
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	1,15	1,11	1,09	0,045	0,956	73,99	77,35	68,39	0,704	0,703
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	1,05	0,93	0,93	0,358	0,700	75,19	74,86	70,76	0,192	0,909
9.	analisa a interação entre os membros da família	1,85	1,89	1,93	0,101	0,904	73,37	72,00	86,05	1,888	0,389
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	1,90	1,94	1,96	0,073	0,930	74,19	72,13	82,47	0,954	0,621
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	1,83	1,93	1,98	0,478	0,621	74,07	72,93	80,66	0,564	0,754

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	<i>p-value</i>	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	<i>p-value</i>
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	1,98	2,04	2,04	0,096	0,908	72,19	78,30	72,82	0,799	0,671
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	1,44	1,61	1,55	0,538	0,585	72,83	78,79	68,92	1,124	0,570
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	1,73	1,59	1,36	2,096	0,127	75,65	75,76	66,37	0,880	0,644
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	1,54	1,39	1,24	1,69	0,188	77,13	74,66	63,68	1,720	0,423
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	1,24	1,35	1,15	1,007	0,368	72,32	80,99	64,66	2,866	0,239
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	1,98	1,80	1,69	1,386	0,253	78,94	72,99	61,26	3,073	0,215
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	1,80	1,78	1,67	0,362	0,697	73,93	77,60	67,92	0,845	0,655
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	1,71	1,70	1,69	0,006	0,994	78,42	73,52	61,82	2,727	0,256
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	1,68	1,65	1,53	0,568	0,568	78,84	73,69	59,68	3,578	0,167
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	1,88	2,04	2,02	0,596	0,552	76,59	71,91	73,61	0,460	0,794

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	<i>p-value</i>	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	<i>p-value</i>
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	1,80	1,93	1,87	0,305	0,737	74,11	73,88	77,82	0,156	0,925
23.	analisa a história de saúde da família	1,73	1,44	1,67	1,81	0,167	73,75	73,73	79,66	0,363	0,834
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	1,71	1,65	1,67	0,069	0,933	72,10	78,81	71,71	1,011	0,603
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	1,90	1,76	1,82	0,441	0,644	76,17	73,19	71,66	0,295	0,863
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	1,90	1,93	1,84	0,222	0,801	76,36	76,11	62,58	2,059	0,357
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	1,59	1,65	1,65	0,09	0,914	72,03	78,41	73,13	0,810	0,667
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	1,24	1,52	1,44	1,178	0,311	70,45	78,43	79,32	1,525	0,466
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	1,68	1,54	1,65	0,429	0,652	75,95	75,00	67,37	0,702	0,704
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	1,78	1,78	1,78	0,000	1,000	73,52	76,93	71,47	0,350	0,839
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	1,61	1,65	1,62	0,031	0,97	72,45	80,37	65,89	2,261	0,323
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	1,78	1,61	1,62	0,598	0,551	79,06	68,31	74,08	2,271	0,321
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	1,73	1,59	1,60	0,393	0,675	77,24	70,35	75,47	0,934	0,627

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	<i>p-value</i>	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	<i>p-value</i>
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	2,27	2,35	2,16	0,686	0,505	72,90	79,16	67,58	1,463	0,481
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	1,98	2,06	1,96	0,263	0,769	74,12	76,46	70,42	0,367	0,832
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	1,85	1,80	1,65	1,191	0,307	74,19	78,97	63,00	2,436	0,296
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,85	1,98	1,85	0,474	0,624	73,03	81,61	60,08	4,355	0,113
38.	empenha-se para promover a mudança na família	2,07	2,07	2,04	0,043	0,958	77,79	74,34	61,97	2,456	0,293
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	2,00	1,96	1,95	0,054	0,947	76,99	72,22	71,16	0,609	0,738
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2,02	2,30	2,05	2,001	0,139	71,13	81,00	69,34	2,305	0,316
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	2,22	2,22	2,25	0,043	0,958	72,52	75,52	79,42	0,543	0,762
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	1,10	1,13	1,33	0,97	0,381	72,91	76,22	75,89	0,237	0,888
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	1,54	1,67	1,82	1,417	0,246	70,70	79,86	74,26	1,635	0,442

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	<i>p-value</i>	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	<i>p-value</i>
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	1,90	1,83	1,91	0,166	0,847	73,38	73,79	80,95	0,591	0,744
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	1,54	1,43	1,51	0,244	0,784	72,48	81,21	63,39	3,181	0,204
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	1,41	1,35	1,36	0,073	0,930	77,35	76,59	57,32	4,012	0,135
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	1,44	1,50	1,49	0,073	0,929	75,24	75,96	67,42	0,696	0,706
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	1,56	1,24	1,53	2,195	0,115	74,65	74,63	73,55	0,012	0,994

Tabela 12: Estatística descritiva e teste t das respostas aos itens que caracterizam a PRÁTICA DIÁRIA segundo as variáveis das características profissionais - categoria profissional, especialidade de enfermagem e unidade funcional onde exerce funções

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,32	1,21	0,743	0,459	1,30	1,21	0,614	0,540	1,17	1,44	-2,038	0,043
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	1,03	1,15	-0,957	0,340	1,01	1,15	-1,097	0,275	0,94	1,23	-2,495	0,014
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	0,62	0,64	-0,122	0,904	0,60	0,64	-0,269	0,789	0,62	0,64	-0,146	0,884
4.	constrói o genograma familiar	0,35	0,38	-,325	0,745	0,33	0,38	-,476	0,635	0,43	0,27	1,693	0,093
5.	constrói o ecomapa familiar	0,30	0,32	-,171	0,864	0,28	0,32	-,359	0,720	0,37	0,23	1,508	0,134
6.	identifica os membros que compõem a família	1,88	1,79	0,633	0,528	1,91	1,79	0,786	0,433	1,82	1,89	-0,510	0,611
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	1,06	1,23	-1,118	0,265	1,05	1,23	-1,162	0,247	1,08	1,15	-0,462	0,644
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	0,92	1,04	-0,870	0,386	0,93	1,04	-0,829	0,409	0,92	1,02	-0,762	0,447
9.	analisa a interação entre os membros da família	1,94	1,79	1,104	0,271	1,95	1,79	1,139	0,257	1,81	2,00	-1,496	0,137
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	1,95	1,91	0,266	0,791	1,98	1,91	0,458	0,648	1,90	1,98	-0,624	0,534

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	1,96	1,83	0,988	0,325	1,98	1,83	1,110	0,269	1,89	1,95	-0,495	0,621
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	2,05	1,96	0,684	0,495	2,05	1,96	0,703	0,483	1,96	2,09	-1,02	0,310
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	1,53	1,55	-,136	0,892	1,54	1,55	-0,080	0,936	1,51	1,58	-0,484	0,629
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	1,54	1,55	-0,060	0,953	1,56	1,55	0,057	0,954	1,45	1,67	-1,45	0,149
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	1,36	1,40	-0,319	0,750	1,38	1,40	-0,204	0,839	1,29	1,48	-1,522	0,130
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	1,21	1,32	-0,789	0,431	1,22	1,32	-0,737	0,463	1,25	1,24	0,060	0,952
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	1,86	1,68	1,252	0,213	1,89	1,68	1,379	0,170	1,67	1,98	-2,423	0,017
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	1,79	1,66	0,877	0,382	1,80	1,66	0,971	0,333	1,64	1,88	-1,787	0,076
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	1,70	1,70	-0,023	0,982	1,72	1,70	0,122	0,903	1,67	1,74	-0,607	0,545
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	1,57	1,70	-0,958	0,340	1,57	1,70	-0,933	0,352	1,50	1,76	-2,109	0,037

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	1,98	2,00	-0,146	0,884	1,98	2,00	-0,155	0,877	1,94	2,05	-0,849	0,397
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	1,88	1,85	0,247	0,805	1,91	1,85	0,422	0,674	1,85	1,91	-0,520	0,604
23.	analisa a história de saúde da família	1,64	1,53	0,770	0,442	1,64	1,53	0,720	0,473	1,63	1,58	0,417	0,677
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	1,62	1,79	-1,235	0,219	1,61	1,79	-1,267	0,207	1,67	1,68	-0,120	0,905
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	1,83	1,81	0,129	0,897	1,84	1,81	0,270	0,788	1,81	1,83	-0,197	0,844
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	1,81	2,06	-2,060	0,041	1,82	2,06	-1,883	0,062	1,85	1,94	-0,795	0,428
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	1,63	1,64	-0,048	0,962	1,64	1,64	-0,019	0,985	1,61	1,67	-0,426	0,671
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	1,49	1,26	1,498	0,136	1,49	1,26	1,497	0,137	1,39	1,44	-0,322	0,748
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	1,64	1,57	0,451	0,653	1,64	1,57	0,403	0,688	1,63	1,61	0,181	0,857
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	1,79	1,77	0,144	0,885	1,77	1,77	0,034	0,973	1,83	1,71	0,919	0,360
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	1,65	1,57	0,534	0,594	1,63	1,57	0,348	0,729	1,62	1,64	-0,130	0,897

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	1,70	1,57	0,856	0,393	1,71	1,57	0,915	0,362	1,65	1,67	-0,087	0,931
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	1,67	1,55	0,797	0,427	1,68	1,55	0,832	0,407	1,63	1,64	-0,039	0,969
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	2,32	2,13	1,308	0,193	2,33	2,13	1,411	0,161	2,26	2,26	0,031	0,975
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	1,99	2,02	-0,249	0,804	1,99	2,02	-0,260	0,795	1,98	2,03	-0,466	0,642
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	1,79	1,70	0,722	0,472	1,78	1,70	0,669	0,505	1,76	1,76	0,040	0,968
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,85	2,00	-1,080	0,282	1,85	2,00	-1,062	0,290	1,94	1,85	0,729	0,467
38.	empenha-se para promover a mudança na família	2,13	1,91	1,623	0,107	2,14	1,91	1,656	0,100	2,01	2,12	-0,893	0,373
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	1,96	1,98	-0,123	0,902	1,98	1,98	0,003	0,998	2,02	1,89	0,979	0,329
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2,15	2,11	0,294	0,769	2,16	2,11	0,365	0,716	2,12	2,15	-0,260	0,795
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	2,24	2,21	0,253	0,800	2,24	2,21	0,225	0,823	2,30	2,15	1,330	0,186

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	1,19	1,19	0,017	0,987	1,19	1,19	-0,025	0,980	1,14	1,26	-0,772	0,442
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	1,76	1,53	1,568	0,119	1,75	1,53	1,487	0,139	1,68	1,70	-0,136	0,892
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	1,92	1,79	1,036	0,302	1,93	1,79	1,054	0,294	1,90	1,85	0,460	0,646
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	1,51	1,43	0,618	0,538	1,50	1,43	0,503	0,616	1,48	1,50	-0,177	0,860
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	1,41	1,30	0,757	0,450	1,43	1,30	0,874	0,384	1,24	1,55	-2,301	0,023
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	1,50	1,45	0,339	0,735	1,53	1,45	0,589	0,557	1,44	1,53	-0,674	0,501
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	1,46	1,38	0,486	0,628	1,48	1,38	0,626	0,532	1,32	1,58	-1,823	0,070

**INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS FORMAÇÃO NA PRÁTICA DIÁRIA DOS
ENFERMEIROS**

Tabela 13: Estatística descritiva e teste t das respostas aos itens que caracterizam a PRÁTICA DIÁRIA segundo as variáveis que caracterizam a formação - se frequentou unidade curricular sobre família ou alguma formação com conteúdo sobre família

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,22	1,38	-1,193	0,235	1,12	1,42	-2,183	0,031
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	0,95	1,21	-2,222	0,028	1,03	1,10	-0,546	0,586
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	0,52	0,74	-1,926	0,056	0,58	0,64	-0,493	0,622
4.	constrói o genograma familiar	0,27	0,48	-2,243	0,027	0,34	0,38	-0,439	0,661
5.	constrói o ecomapa familiar	0,25	0,38	-1,268	0,207	0,26	0,35	-0,84	0,403
6.	identifica os membros que compõem a família	1,70	2,05	-2,505	0,013	1,72	1,95	-1,613	0,109
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	1,04	1,23	-1,302	0,195	1,08	1,15	-0,527	0,599
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	0,84	1,11	-2,044	0,043	0,95	0,96	-0,08	0,936
9.	analisa a interação entre os membros da família	1,82	1,97	-1,151	0,251	1,78	1,96	-1,376	0,171
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	1,83	2,06	-1,803	0,073	1,83	2,01	-1,416	0,159
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	1,89	1,95	-0,503	0,616	1,94	1,90	0,268	0,789

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	2,00	2,05	-0,358	0,721	2,03	2,01	0,15	0,881
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	1,45	1,67	-1,682	0,095	1,55	1,54	0,141	0,888
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	1,51	1,62	-0,779	0,437	1,49	1,61	-0,775	0,440
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	1,33	1,45	-0,987	0,325	1,37	1,39	-0,180	0,858
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	1,17	1,35	-1,437	0,153	1,20	1,29	-0,680	0,497
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	1,83	1,77	0,424	0,672	1,80	1,81	-0,069	0,945
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	1,80	1,68	0,834	0,406	1,85	1,67	1,323	0,188
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	1,69	1,74	-0,451	0,653	1,72	1,70	0,167	0,867
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	1,60	1,65	-0,392	0,696	1,62	1,63	-0,124	0,902
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	1,89	2,11	-1,738	0,084	1,91	2,05	-1,126	0,262
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	1,80	1,97	-1,447	0,150	1,86	1,88	-0,157	0,876
23.	analisa a história de saúde da família	1,52	1,70	-1,366	0,174	1,52	1,65	-1,001	0,318

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	1,53	1,85	-2,567	0,011	1,65	1,69	-0,349	0,727
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	1,75	1,91	-1,34	0,182	1,82	1,82	-0,05	0,961
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	1,82	1,97	-1,267	0,207	1,75	1,99	-1,985	0,049
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	1,58	1,70	-0,847	0,399	1,43	1,79	-2,578	0,011
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	1,39	1,44	-0,371	0,711	1,45	1,38	0,448	0,654
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	1,55	1,70	-1,037	0,302	1,49	1,71	-1,618	0,108
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	1,70	1,86	-1,255	0,211	1,58	1,92	-2,566	0,011
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	1,55	1,71	-1,185	0,238	1,49	1,73	-1,762	0,080
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	1,55	1,80	-1,839	0,068	1,54	1,76	-1,645	0,102
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	1,60	1,68	-0,577	0,565	1,57	1,69	-0,882	0,379
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	2,16	2,38	-1,613	0,109	2,02	2,44	-3,026	0,003

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	1,94	2,08	-1,168	0,245	1,75	2,19	-3,915	<0,001
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	1,71	1,82	-0,98	0,329	1,68	1,82	-1,320	0,189
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	1,78	2,03	-1,982	0,049	1,82	1,95	-1,087	0,279
38.	empenha-se para promover a mudança na família	2,01	2,12	-0,886	0,377	1,98	2,12	-1,122	0,264
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	1,87	2,11	-1,811	0,072	1,83	2,08	-1,916	0,057
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2,10	2,20	-0,808	0,420	2,02	2,24	-1,803	0,073
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	2,18	2,29	-0,971	0,333	2,06	2,36	-2,733	0,007
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	1,10	1,33	-1,604	0,111	1,06	1,31	-1,714	0,089
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	1,60	1,79	-1,371	0,172	1,51	1,82	-2,343	0,020
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	1,83	1,94	-0,881	0,380	1,74	1,99	-2,054	0,042
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	1,47	1,52	-0,334	0,739	1,37	1,58	-1,591	0,114
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	1,33	1,45	-0,957	0,340	1,26	1,48	-1,595	0,113

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	<i>p-value</i>	Não	Sim	t	<i>p-value</i>
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	1,36	1,65	-2,222	0,028	1,28	1,65	-2,923	0,004
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	1,33	1,58	-1,786	0,076	1,26	1,57	-2,218	0,028

**INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NA IMPORTÂNCIA QUE
OS ENFERMEIROS ATRIBUEM À PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS**

Tabela 14: Estatística descritiva e testes estatísticos aplicados às respostas aos itens que caracterizam a IMPORTÂNCIA segundo as variáveis sociodemográficas - idade, género e habilitações literárias

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest. +Dout	Z	p-value
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	81,20	66,81	77,89	4,521	0,104	75,89	70,59	-0,449	0,653	74,24	84,75	-1,111	0,266
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	81,62	69,13	72,46	3,567	0,168	75,73	72,64	-0,264	0,792	72,84	95,00	-2,357	0,018
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	75,59	74,01	70,71	1,092	0,579	75,97	69,55	-0,570	0,569	73,61	89,33	-1,737	0,082
4.	constrói o genograma familiar	75,67	77,23	71,82	0,374	0,829	75,99	69,27	-0,565	0,572	72,70	96,06	-2,450	0,014
5.	constrói o ecomapa familiar	77,41	74,75	72,20	0,408	0,816	76,78	59,36	-1,464	0,143	73,04	93,53	-2,147	0,032
6.	identifica os membros que compõem a família	80,91	68,08	76,21	3,373	0,185	78,14	42,18	-2,994	0,003	73,39	91,00	-1,829	0,067
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	78,46	71,61	75,57	1,009	0,604	76,49	63,05	-1,151	0,250	74,18	85,17	-1,172	0,241
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	78,87	73,43	71,11	1,116	0,572	76,94	57,36	-1,677	0,094	74,27	84,56	-1,099	0,272
9.	analisa a interação entre os membros da família	79,78	70,46	71,98	2,052	0,358	76,74	53,14	-2,004	0,045	71,08	103,53	-3,434	0,001

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest.+Dout	Z	p-value
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	82,95	65,87	75,38	6,135	0,051	76,76	59,64	-1,448	0,148	72,79	95,36	-2,379	0,017
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	77,07	71,43	79,32	1,015	0,602	77,74	47,14	-2,580	0,010	73,13	92,89	-2,076	0,038
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	80,83	70,88	71,11	2,514	0,285	77,90	45,23	-2,743	0,006	71,70	103,39	-3,317	0,001
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	78,93	73,93	70,02	1,248	0,536	77,12	55,00	-1,869	0,062	71,67	103,61	-3,364	0,001
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	82,08	68,53	72,48	3,903	0,142	76,93	57,45	-1,610	0,107	72,33	98,75	-2,724	0,006
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	79,59	71,41	73,18	1,500	0,472	76,70	60,32	-1,368	0,171	73,17	92,56	-2,018	0,044
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	79,88	75,07	65,54	2,726	0,256	77,38	51,68	-2,113	0,035	75,22	77,53	-0,236	0,813
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	82,14	71,17	67,32	3,956	0,138	77,44	51,05	-2,179	0,029	74,55	82,44	-0,812	0,417
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	80,70	72,46	68,43	2,527	0,283	75,46	75,95	-0,041	0,968	73,88	87,39	-1,395	0,163

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest.+Dout	Z	p-value
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	79,02	72,73	72,07	1,115	0,573	76,05	68,59	-0,630	0,529	72,89	94,67	-2,294	0,022
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	80,89	69,50	76,57	2,824	0,244	76,33	64,95	-0,963	0,335	73,05	93,50	-2,158	0,031
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	77,83	71,92	76,52	0,758	0,685	77,29	52,86	-2,064	0,039	74,25	84,67	-1,097	0,273
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	77,36	71,25	78,98	1,049	0,592	76,28	65,64	-0,888	0,375	73,91	87,17	-1,379	0,168
23.	analisa a história de saúde da família	76,57	75,88	72,16	0,277	0,871	76,12	67,68	-0,711	0,477	73,58	89,61	-1,684	0,092
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	78,52	73,80	71,27	0,907	0,635	76,82	58,86	-1,523	0,128	72,91	94,50	-2,283	0,022
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	78,88	74,41	69,25	1,344	0,511	76,98	56,77	-1,697	0,090	74,64	81,78	-0,747	0,455
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	79,78	70,46	71,98	2,052	0,358	75,26	78,59	-0,281	0,779	73,03	93,64	-2,162	0,031
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	78,93	73,93	70,02	1,248	0,536	75,87	70,82	-0,422	0,673	73,00	93,86	-2,172	0,030
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	74,97	79,59	69,05	1,451	0,484	75,53	75,18	-0,029	0,977	74,67	81,58	-0,728	0,467
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	80,37	77,18	60,32	5,695	0,058	76,23	66,23	-0,840	0,401	72,12	100,28	-2,947	0,003

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest. +Dout	Z	p-value
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	79,75	69,24	76,89	2,540	0,301	76,75	59,68	-1,439	0,150	72,56	97,06	-2,574	0,010
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	80,41	73,28	67,59	2,596	0,273	77,12	55,09	-1,868	0,062	72,59	96,83	-2,563	0,010
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	82,48	72,36	64,25	5,060	0,080	76,74	59,82	-1,410	0,158	73,80	88,00	-1,476	0,140
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	83,65	70,86	64,20	6,295	0,054	76,76	59,64	-1,422	0,155	74,16	85,33	-1,157	0,247
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	80,79	69,13	74,52	3,069	0,216	75,93	70,05	-0,514	0,607	75,46	75,78	-0,034	0,973
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	78,57	73,89	71,00	0,964	0,618	76,12	67,64	-0,723	0,470	75,55	75,11	-0,047	0,963
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	81,27	69,27	73,07	3,299	0,192	75,31	77,86	-0,220	0,826	73,83	87,75	-1,498	0,134
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	81,44	70,64	67,61	3,746	0,154	75,86	64,18	-0,986	0,324	72,94	90,00	-1,795	0,073

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade					Género				Habilitações literárias			
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	p-value	F	M	Z	p-value	Bac+ Lic	Mest.+Dout	Z	p-value
38.	empenha-se para promover a mudança na família	79,16	72,06	73,00	1,271	0,530	76,38	64,41	-1,037	0,300	73,99	86,56	-1,356	0,175
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	80,88	69,58	70,57	3,141	0,208	75,14	73,18	-0,166	0,868	73,63	85,00	-1,200	0,230
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	85,24	68,96	63,88	9,006	0,011	75,12	80,27	-0,440	0,660	74,23	84,83	-1,129	0,259
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	79,75	69,24	76,89	2,540	0,281	75,96	69,64	-0,554	0,580	74,50	82,81	-0,906	0,365
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	80,64	71,65	70,11	2,399	0,301	75,42	76,50	-0,091	0,927	73,84	87,69	-1,459	0,144
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	81,18	72,37	67,43	3,192	0,203	75,57	74,64	-0,079	0,937	73,48	90,33	-1,773	0,076
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	81,17	71,46	69,18	2,891	0,236	76,97	56,95	-1,677	0,094	74,48	83,00	-0,890	0,373
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	80,81	73,45	66,29	3,181	0,204	76,36	64,59	-0,994	0,320	73,81	87,89	-1,482	0,138
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	83,37	70,39	65,79	5,963	0,051	76,35	64,82	-0,986	0,324	74,65	81,75	-0,758	0,449
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	83,81	72,93	59,88	8,293	0,016	76,85	58,41	-1,551	0,121	73,97	86,72	-1,337	0,181

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Idade				Género				Habilitações literárias				
		Média Rank			Kruskal-Wallis		Média Rank		Mann Whitney		Média Rank		Mann Whitney	
		≤40	41-50	≥51	Chi-Square	<i>p-value</i>	F	M	Z	<i>p-value</i>	Bac+ Lic	Mest. +Dout	Z	<i>p-value</i>
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	81,59	72,66	65,88	4,008	0,135	76,99	56,73	-1,734	0,083	74,65	81,72	-0,754	0,451

**INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS PROFISSIONAIS NA IMPORTÂNCIA QUE OS
ENFERMEIROS ATRIBUEM À PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS**

Tabela 15: Estatísticas descritivas e teste ANOVA das respostas aos itens que caracterizam a IMPORTÂNCIA segundo as variáveis das características profissionais - anos de serviço e anos de serviço nos CSP

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	p-value	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	p-value
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	2,39	2,33	2,33	0,153	0,858	74,77	74,18	74,34	0,009	0,996
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	2,32	2,37	2,27	0,395	0,674	73,07	77,22	72,42	0,464	0,793
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	2,00 ^a	2,33 ^b	2,09 ^{a,b}	4,095	0,019	70,25	80,93	73,00	2,848	0,241
4.	constrói o genograma familiar	1,78 ^a	2,17 ^b	1,95 ^{a,b}	4,287	0,015	67,65	85,97	68,92	7,943	0,019
5.	constrói o ecomapa familiar	1,80	2,13	1,91	3,03	0,051	69,35	83,30	69,84	4,658	0,097
6.	identifica os membros que compõem a família	2,44	2,46	2,38	0,263	0,769	73,97	75,97	72,39	0,155	0,925
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	2,00	2,24	2,05	1,802	0,169	70,67	79,50	75,39	1,807	0,405
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	1,88	2,15	1,91	2,411	0,093	71,07	79,81	72,95	1,802	0,406
9.	analisa a interação entre os membros da família	2,55	2,57	2,45	0,641	0,528	72,89	78,08	66,74	1,457	0,483
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	2,61	2,56	2,44	1,339	0,265	79,07	71,13	66,03	2,555	0,279
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	2,49	2,56	2,51	0,182	0,834	73,33	75,11	77,39	0,202	0,904

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	p-value	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	p-value
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	2,49	2,57	2,42	1,089	0,339	74,02	74,68	75,89	0,040	0,980
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	2,32	2,43	2,20	1,798	0,169	74,09	77,34	68,05	0,887	0,642
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	2,24	2,46	2,22	2,319	0,102	73,45	78,87	66,24	1,661	0,436
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	2,17	2,35	2,15	1,612	0,203	73,14	78,65	68,08	1,295	0,523
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	2,05	2,24	2,00	1,632	0,199	72,03	79,61	69,71	1,581	0,454
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	2,46	2,50	2,24	2,869	0,060	73,97	77,46	68,18	0,866	0,649
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	2,46	2,52	2,27	2,597	0,078	74,44	79,56	60,34	3,586	0,166
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	2,39	2,48	2,31	1,386	0,253	76,03	77,24	60,66	3,038	0,219
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	2,34	2,46	2,24	2,31	0,103	78,42	73,61	61,55	3,164	0,206
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	2,51	2,54	2,53	0,023	0,977	78,78	68,94	73,39	2,204	0,332
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	2,44	2,52	2,45	0,237	0,789	76,18	70,30	79,82	1,193	0,551

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	p-value	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	p-value
23.	analisa a história de saúde da família	2,41	2,44	2,36	0,303	0,739	73,70	78,17	67,24	1,270	0,530
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	2,37	2,50	2,33	1,571	0,211	72,95	78,80	68,39	1,372	0,503
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	2,44	2,48	2,36	0,642	0,528	76,42	74,74	66,24	1,122	0,571
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	2,56	2,57	2,36	2,562	0,081	77,64	77,61	53,26	7,009	0,030
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	2,56	2,50	2,29	2,8	0,064	80,77	69,76	63,24	4,644	0,098
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	2,22	2,37	2,18	1,304	0,274	74,32	75,57	72,16	0,122	0,941
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	2,44	2,54	2,27	2,828	0,062	75,95	78,23	58,16	4,249	0,119
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	2,54	2,57	2,33	3,185	0,044	76,47	77,50	58,21	4,165	0,125
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	2,37	2,46	2,25	2,009	0,138	75,05	78,60	60,68	3,305	0,192
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	2,49	2,48	2,25	2,323	0,102	77,03	74,72	63,89	1,831	0,400
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	2,41 ^{a,b}	2,57 ^b	2,24 ^a	4,151	0,018	76,65	76,61	60,03	3,172	0,205
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	2,54	2,69	2,56	1,02	0,363	74,32	74,52	75,16	0,008	0,996
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	2,56	2,61	2,47	0,878	0,418	75,91	76,16	64,24	1,682	0,431

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	p-value	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	p-value
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	2,32 ^{a,b}	2,46 ^b	2,18 ^a	3,911	0,022	75,61	74,79	69,32	0,453	0,797
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	2,56	2,58	2,36	2,485	0,087	78,78	73,04	58,11	4,699	0,095
38.	empenha-se para promover a mudança na família	2,63	2,65	2,51	1,098	0,336	77,87	73,75	63,34	2,457	0,293
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	2,61	2,56	2,39	2,086	0,128	80,10	68,13	66,19	4,151	0,125
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2,63 ^{a,b}	2,69 ^b	2,38 ^a	5,159	0,007	78,57	74,62	58,08	4,680	0,096
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	2,63	2,67	2,56	0,596	0,552	76,15	73,42	71,05	0,382	0,826
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	2,41	2,37	2,20	1,786	0,171	80,76	70,10	62,29	4,904	0,086
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	2,49	2,56	2,35	2,289	0,105	77,45	74,44	63,05	2,251	0,325
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	2,46	2,59	2,35	2,802	0,064	77,36	72,00	70,32	0,908	0,635
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	2,29 ^{a,b}	2,52 ^b	2,20 ^a	4,185	0,017	74,83	77,43	64,87	1,605	0,448
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	2,49 ^{a,b}	2,52 ^b	2,25 ^a	4,495	0,013	79,28	72,58	61,08	3,938	0,140

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Nº de anos de serviço					Nº de anos de serviço nos CSP				
		Médias			ANOVA		Média Rank			Kruskal-Wallis	
		≤10	11-20	≥21	F	<i>p-value</i>	≤10	11-20	≥21	Chi-Square	<i>p-value</i>
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	2,37 ^{a,b}	2,50 ^b	2,16 ^a	4,725	0,010	77,65	75,53	59,16	3,758	0,153
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	2,39 ^{a,b}	2,52 ^b	2,22 ^a	4,708	0,010	78,30	74,87	58,45	4,422	0,110

Tabela 16: Estatísticas descritivas e teste t das respostas aos itens que caracterizam a IMPORTÂNCIA segundo as variáveis das características profissionais - categoria profissional, especialidade de enfermagem e unidade funcional onde exerce funções

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	2,31	2,43	-1,106	,271	2,30	2,43	-1,168	0,245	2,36	2,33	0,244	0,807
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	2,28	2,40	-1,222	0,224	2,26	2,40	-1,418	0,159	2,30	2,35	-0,525	0,600
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	2,12	2,23	-1,095	0,275	2,10	2,23	-1,146	0,255	2,15	2,15	0,032	0,974
4.	constrói o genograma familiar	1,90	2,15	-2,142	0,034	1,90	2,15	-2,163	0,032	2,05	1,89	1,420	0,158
5.	constrói o ecomapa familiar	1,85	2,19	-2,910	0,004	1,85	2,19	-2,923	0,004	2,01	1,89	1,064	0,289
6.	identifica os membros que compõem a família	2,38	2,53	-1,470	0,144	2,38	2,53	-1,507	0,134	2,45	2,39	0,596	0,552
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	2,03	2,28	-2,133	0,035	2,02	2,28	-2,252	0,026	2,08	2,14	-0,482	0,630
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	1,91	2,15	-1,978	0,050	1,91	2,15	-2,054	0,042	1,96	2,02	-0,450	0,653
9.	analisa a interação entre os membros da família	2,47	2,64	-1,660	0,099	2,46	2,64	-1,705	0,090	2,52	2,53	-0,128	0,898
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	2,50	2,60	-1,059	0,291	2,51	2,60	-0,886	0,377	2,55	2,50	0,535	0,593

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	2,47	2,64	-1,879	0,063	2,47	2,64	-1,837	0,069	2,55	2,48	0,675	0,501
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	2,44	2,62	-1,867	0,064	2,44	2,62	-1,876	0,063	2,50	2,48	0,166	0,868
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	2,26	2,43	-1,490	0,138	2,27	2,43	-1,453	0,149	2,31	2,32	-0,084	0,933
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	2,24	2,47	-2,000	0,047	2,23	2,47	-2,081	0,039	2,30	2,33	-0,335	0,738
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	2,17	2,36	-1,740	0,084	2,17	2,36	-1,705	0,090	2,21	2,24	-0,264	0,792
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	2,03	2,26	-1,772	0,078	2,04	2,26	-1,694	0,092	2,08	2,12	-0,314	0,754
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	2,37	2,45	-0,709	0,479	2,38	2,45	-0,677	0,500	2,33	2,47	-1,335	0,184
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	2,36	2,53	-1,665	0,098	2,33	2,53	-1,892	0,061	2,40	2,42	-0,199	0,842
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	2,34	2,51	-1,804	0,073	2,34	2,51	-1,730	0,086	2,40	2,38	0,290	0,772
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	2,31	2,43	-1,176	0,241	2,31	2,43	-1,135	0,258	2,32	2,38	-0,627	0,532

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	2,48	2,64	-1,792	0,076	2,48	2,64	-1,746	0,084	2,57	2,47	1,121	0,264
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	2,42	2,60	-1,845	0,068	2,44	2,60	-1,655	0,101	2,49	2,45	0,334	0,739
23.	analisa a história de saúde da família	2,40	2,43	-,286	0,776	2,40	2,43	-0,311	0,756	2,42	2,39	0,253	0,801
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	2,37	2,47	-1,061	0,290	2,36	2,47	-1,121	0,264	2,44	2,35	1,054	0,294
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	2,42	2,45	-0,303	0,762	2,41	2,45	-0,424	0,672	2,43	2,42	0,048	0,962
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	2,43	2,64	-2,362	0,020	2,45	2,64	-2,121	0,036	2,50	2,48	0,170	0,865
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	2,40	2,53	-1,254	0,212	2,43	2,53	-0,997	0,320	2,44	2,44	0,011	0,991
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	2,28	2,21	0,610	0,543	2,30	2,21	0,810	0,419	2,24	2,29	-0,472	0,637
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	2,36	2,53	-1,665	0,098	2,36	2,53	-1,579	0,117	2,38	2,45	-0,754	0,452
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	2,42	2,60	-1,850	0,066	2,43	2,60	-1,719	0,088	2,45	2,50	-0,523	0,602
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	2,29	2,51	-2,312	0,022	2,29	2,51	-2,322	0,022	2,36	2,36	-0,072	0,943

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	2,37	2,47	-0,887	0,377	2,38	2,47	-0,859	0,392	2,40	2,39	0,103	0,918
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	2,39	2,45	-0,530	0,597	2,40	2,45	-0,460	0,646	2,39	2,42	-0,304	0,761
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	2,56	2,68	-1,206	0,230	2,57	2,68	-1,089	0,278	2,60	2,61	-0,118	0,906
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	2,50	2,66	-1,828	0,070	2,50	2,66	-1,742	0,084	2,52	2,58	-0,572	0,568
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	2,27	2,43	-1,641	0,103	2,28	2,43	-1,543	0,125	2,30	2,35	-0,577	0,565
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	2,42	2,66	-2,618	0,010	2,43	2,66	-2,490	0,014	2,54	2,45	0,959	0,339
38.	empenha-se para promover a mudança na família	2,57	2,64	-0,698	0,486	2,57	2,64	-0,687	0,493	2,62	2,56	0,666	0,506
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	2,47	2,60	-1,344	0,182	2,48	2,60	-1,190	0,237	2,53	2,48	0,485	0,629
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2,54	2,60	-0,549	0,584	2,55	2,60	-0,454	0,650	2,55	2,58	-0,318	0,751
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	2,62	2,62	0,049	0,961	2,63	2,62	0,089	0,929	2,63	2,61	0,301	0,764

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Categoria profissional				Especialidade de enfermagem				Unidade onde exerce funções			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Enf.	Enf. Esp. e chefe	t	p-value	Não	Sim	t	p-value	UCSP	USF	t	p-value
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	2,25	2,47	-2,045	0,043	2,26	2,47	-1,955	0,053	2,32	2,32	0,032	0,974
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	2,45	2,49	-0,460	0,646	2,44	2,49	-0,551	0,582	2,45	2,47	-0,199	0,842
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	2,48	2,45	0,297	0,767	2,48	2,45	0,327	0,744	2,45	2,48	-0,357	0,722
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	2,33	2,36	-0,265	0,792	2,32	2,36	-0,323	0,748	2,30	2,39	-0,976	0,331
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	2,40	2,45	-0,544	0,587	2,40	2,45	-0,562	0,575	2,35	2,50	-1,845	0,067
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	2,31	2,40	-0,902	0,368	2,32	2,40	-0,815	0,416	2,29	2,41	-1,277	0,204
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	2,39	2,34	0,517	0,606	2,39	2,34	0,479	0,633	2,32	2,44	-1,370	0,173

**INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS FORMAÇÃO NA IMPORTÂNCIA QUE OS
ENFERMEIROS ATRIBUEM À PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS**

Tabela 17: Estatística descritiva e teste t das respostas aos itens que caracterizam a IMPORTÂNCIA segundo as variáveis que caracterizam a formação - se frequentou unidade curricular sobre família ou alguma formação com conteúdo sobre família

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
1.	realiza uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes	2,24	2,48	-2,544	0,012	2,23	2,44	-2,198	0,030
2.	realiza a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar	2,18	2,50	-3,507	0,001	2,25	2,38	-1,43	0,155
3.	utiliza instrumentos de avaliação familiar	2,02	2,32	-3,028	0,003	2,15	2,15	-0,009	0,993
4.	constrói o genograma familiar	1,84	2,17	-3,065	0,003	1,94	2,02	-0,785	0,434
5.	constrói o ecomapa familiar	1,80	2,18	-3,629	<0,001	1,88	2,04	-1,436	0,153
6.	identifica os membros que compõem a família	2,30	2,59	-3,029	0,003	2,28	2,55	-2,815	0,006
7.	identifica os subsistemas que compõem a família	1,98	2,27	-2,748	0,007	2,03	2,17	-1,231	0,220
8.	identifica os limites que existem entre os subsistemas familiares.	1,83	2,18	-3,185	0,002	1,92	2,04	-0,992	0,323
9.	analisa a interação entre os membros da família	2,39	2,69	-3,394	0,001	2,38	2,63	-2,579	0,011
10.	analisa o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família	2,41	2,67	-2,960	0,004	2,43	2,60	-1,859	0,065
11.	identifica os vínculos existentes entre os diferentes membros da família	2,45	2,62	-1,901	0,059	2,49	2,55	-0,592	0,555
12.	identifica os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa,...)	2,42	2,59	-1,871	0,063	2,46	2,52	-0,681	0,497

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
13.	analisa em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar	2,19	2,47	-2,736	0,007	2,32	2,31	0,13	0,896
14.	identifica a etapa do ciclo vital da família	2,20	2,45	-2,372	0,019	2,26	2,36	-0,892	0,374
15.	identifica as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família	2,11	2,38	-2,584	0,011	2,15	2,29	-1,257	0,211
16.	identifica pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família	2,00	2,23	-1,897	0,060	2,02	2,17	-1,252	0,213
17.	identifica o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social,...)	2,37	2,42	-0,492	0,624	2,37	2,42	-0,459	0,647
18.	identifica os fatores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...)	2,35	2,50	-1,545	0,125	2,42	2,42	-0,013	0,990
19.	analisa o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade	2,33	2,48	-1,795	0,075	2,29	2,48	-2,086	0,039
20.	identifica as crenças / valores que norteiam a família	2,25	2,47	-2,398	0,018	2,25	2,43	-2,045	0,043
21.	avalia a capacidade da família para lidar com os seus problemas	2,40	2,70	-3,453	0,001	2,38	2,64	-2,902	0,004
22.	analisa a perceção dos membros da família face aos problemas de saúde	2,36	2,61	-2,472	0,015	2,40	2,52	-1,23	0,221
23.	analisa a história de saúde da família	2,31	2,52	-2,281	0,024	2,35	2,44	-0,963	0,337
24.	identifica a situação de saúde dos membros da família	2,29	2,55	-3,001	0,003	2,37	2,43	-0,674	0,501
25.	identifica os comportamentos da família face à saúde / doença	2,35	2,53	-2,021	0,045	2,37	2,48	-1,182	0,239

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
26.	identifica as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros	2,41	2,61	-2,233	0,027	2,38	2,58	-2,256	0,026
27.	efetua o registo de todos os dados obtidos sobre a família	2,31	2,61	-2,996	0,003	2,28	2,57	-3,009	0,003
28.	em conjunto com a família, valida a avaliação inicial	2,23	2,30	-0,700	0,485	2,34	2,20	1,288	0,200
29.	em conjunto com a família, identifica necessidades reais e/ou potenciais da família	2,28	2,59	-3,310	0,001	2,29	2,51	-2,269	0,025
30.	em conjunto com a família, prioriza as necessidades	2,33	2,65	-3,736	<0,001	2,32	2,58	-2,925	0,004
31.	identifica as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados	2,24	2,52	-3,123	0,002	2,23	2,46	-2,646	0,009
32.	em conjunto com a família, apura os objetivos a serem alcançados	2,31	2,53	-2,127	0,035	2,31	2,49	-1,756	0,081
33.	em conjunto com a família, valida as intervenções para o(s) problema(s) identificados	2,35	2,50	-1,488	0,139	2,35	2,46	-1,086	0,279
34.	em conjunto com a família, determina a calendarização das consultas de enfermagem	2,53	2,68	-1,676	0,096	2,49	2,68	-2,014	0,046
35.	apoia a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados	2,47	2,65	-2,069	0,004	2,37	2,69	-3,561	0,001
36.	reconhece que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente	2,22	2,45	-2,747	0,007	2,22	2,40	-2,165	0,032
37.	dirige a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes	2,37	2,67	-3,325	0,001	2,43	2,55	-1,321	0,188
38.	empenha-se para promover a mudança na família	2,53	2,68	-1,742	0,084	2,55	2,63	-0,877	0,382

Enquanto Enfermeiro de Família, na avaliação/intervenção com as famílias no âmbito do tratamento de feridas em contexto domiciliário...		Unidade curricular sobre família				Formação com conteúdo sobre família disperso			
		Médias		Teste t		Médias		Teste t	
		Não	Sim	t	p-value	Não	Sim	t	p-value
39.	muda o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família	2,40	2,67	-1,740	0,084	2,39	2,62	-2,535	0,012
40.	facilita o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família	2,48	2,68	-3,032	0,003	2,42	2,69	-3,256	0,001
41.	utiliza as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados	2,53	2,73	-2,365	0,019	2,48	2,73	-3,029	0,003
42.	inserido na equipa multidisciplinar, dinamiza reuniões para discutir aspetos relacionados com as problemáticas familiares	2,23	2,47	-2,468	0,015	2,23	2,42	-1,97	0,051
43.	avalia os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família	2,36	2,59	-2,579	0,011	2,37	2,54	-1,931	0,055
44.	avalia os resultados das intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos	2,36	2,61	-2,697	0,008	2,34	2,57	-2,604	0,010
45.	avalia os resultados das intervenções em conjunto com a família	2,24	2,47	-2,745	0,007	2,25	2,42	-1,77	0,079
46.	avalia os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar	2,34	2,52	-2,340	0,021	2,34	2,48	-1,671	0,097
47.	avalia os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s).	2,25	2,47	-2,120	0,036	2,25	2,43	-1,953	0,053
48.	avalia os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objetivos e intervenções em apreciação	2,28	2,50	-2,296	0,023	2,26	2,46	-2,379	0,019

FATORES FACILITADORES DA PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Quadro 3: Fatores Facilitadores à prática da Enfermagem de Família

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
Características da formação	Formação/investigação na área da Enfermagem de Saúde Familiar	“Formação” (P3, P11, P35, P135) “Ter formação/mestrado na área” (P9) “Conhecimento dos enfermeiros sobre a área” (P29) “Conhecimentos teóricos e práticos na área de enfermagem de família” (P51) “Ter formação sobre o tema” (P61) “Conhecimento” (P62) “Formação em intervenção familiar” (P105, P106) “Fazer investigação na área” (P106) “Formação na área” (P107) “Nível de conhecimento adequado ao contacto com o utente” (P129) “Ter formação na área de enfermagem de família” (P146) “Formação sobre família” (P150)	16
TOTAL DE CATEGORIA			16
Características/Funções do enfermeiro	Motivação para a intervenção na família	“Motivação dos profissionais de saúde” (P19)	1
	Reconhecimento da importância do envolvimento da família	“Envolvimento da família nos cuidados prestados” (P31, P90) “Envolver os membros do núcleo familiar na prevenção e promoção da saúde” (P38) “Os familiares podem ser facilitadores do tratamento a efetuar ao utente” (P77) “Familiares podem ser coadjuvantes” (P78) “A predisposição dos enfermeiros para trabalhar com a família, sendo que muitas vezes não existe formação” (P89) “Conseguir uma melhoria dos cuidados uma vez que podemos conseguir a ajuda da família” (P125)	10

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Dar resposta às necessidades do utente, envolvendo a família” (P130)</p> <p>“Envolvimento da família/utente com outros profissionais” (P130)</p> <p>“Aproveitamento dos recursos existentes na família para ultrapassar problemas” (P136)</p>	
	Conhecimento do utente/família	<p>“Conhecer a família/utente” (P1, P36, P42, P60, P79)</p> <p>“Conhecer todos os membros da família” (P4, P25, P72)</p> <p>“Possibilidade da avaliação inicial e contínua ao utente e família” (P13)</p> <p>“A continuidade dos cuidados” (P26)</p> <p>“Conhecimento profundo das famílias” (P28)</p> <p>“Conhecer o contexto social em que a família está inserida” (P25)</p> <p>“Conhecimento sociocultural do utente/família” (P31, P49)</p> <p>“Conhecer o meio familiar” (P38, P78)</p> <p>“Conhecer as necessidades mais pertinentes” (P39)</p> <p>“Conhecer melhor os utentes” (P43)</p> <p>“Conhecer a família no todo” (P43, P49)</p> <p>“Avaliar a globalidade da família” (P44)</p> <p>“Continuidade dos cuidados, sempre ou quase sempre o mesmo enfermeiro” (P47)</p> <p>“Conhecimento mais profundo do indivíduo/família” (P48)</p> <p>“Conhecimento sobre o agregado familiar” (P55)</p> <p>“Conhecimento do histórico familiar” (P56)</p> <p>“Conhecimento de vários elementos do agregado familiar” (P65)</p> <p>“Conhecimento de todo o contexto familiar” (P66)</p> <p>“Conhecimento do ambiente em que a família está inserida” (P66)</p> <p>“Perceber quem faz parte da família do nosso utente: quem é que considera família”</p>	56

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>(P69)</p> <p>“Conhecer bem as famílias que são da nossa responsabilidade” (P69)</p> <p>“Conhecimento integral da família por parte do enfermeiro de família” (P88)</p> <p>“Conhecimento da família” (P91)</p> <p>“Conhecimento da família no seu contexto bio-psico-social” (P93)</p> <p>“Trabalhar perto da minha residência, conhecimento da população desde a minha infância” (P94)</p> <p>“Conhecimento do indivíduo inserido na família” (P95)</p> <p>“Conhecer a família e o seu contexto” (P98)</p> <p>“Conhecer o ambiente local” (P98)</p> <p>“Conhecimento da população” (P102, P103)</p> <p>“Proximidade do meu local de residência, pois facilita o conhecimento mais profundo da população/família em geral” (P103)</p> <p>“Conhecer a família nos vários contextos” (P109)</p> <p>“Conhecer e viver no mesmo concelho em que se trabalha e ter noção da realidade da comunidade em que se inserem as famílias “(P111)</p> <p>“Conhecimento do ficheiro” (P113)</p> <p>“Melhor conhecimento da história clínica de cada elemento da família” (P117)</p> <p>“Conhecimento das condições habitacionais, económicas...” (P117)</p> <p>“Conhecer a família como um todo no âmbito sociocultural” (P119)</p> <p>“Conhecimento acerca do contexto da inserção da família” (P120)</p> <p>“Maior perceção das necessidades do utente conhecendo a família” (P125)</p> <p>“Conhecimento do utente e família” (P126, P130)</p> <p>Conhecimentos acerca do agregado familiar” (P132)</p>	

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		“Conhecimento sobre o contexto habitacional e ambiental da família” (P132) “Conhecer a hierarquia e subsistemas familiares” (P132) “Conhecimento mais abrangente de toda a família” (P136) “Conhecimento dos problemas inerentes às famílias” (P143) “Conhecer cada membro dos agregados familiares” (P145)	
	Autonomia e responsabilidade na promoção da saúde	“Agir de forma preventiva” (P4) “Ser autónomo nas atividades inerentes à prática de enfermagem” (P5) “Responsabilidade” (P41) “Atuar preventivamente” (P42) “Autonomia” (P47) “Conhecer os meios de apoio disponíveis na comunidade onde a família está inserida” (P82) “Ensino (informar sobre os conhecimentos)” (P121) “Intervenção precoce” (P144)	8
	Experiência profissional do enfermeiro	“Antiguidade nos serviços, o que implica um maior conhecimento das famílias e de cada um dos seus elementos em particular” (P20) “Tempo de desempenho profissional, enquanto enfermeiro de família” (P81) Tempo que se conhece a família” (P104) “Experiência pessoal” (P105, P106) “Experiência profissional” (P107) “Tempo de serviço na mesma instituição” (P135)	7
TOTAL DE CATEGORIA			82

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
Características dos cuidados de enfermagem	Relação terapêutica estabelecida com família	<p>“Relação de confiança” (P2)</p> <p>“Confiança” (P21, P34, P62)</p> <p>“Relação de confiança, ajuda, segurança que se criam entre o enfermeiro de família e os utentes” (P27)</p> <p>“Relação de confiança e apoio entre família e enfermeiro é a melhor entreajuda possível” (P40)</p> <p>“Estabelecimento de relação de confiança” (P28)</p> <p>“Comunicação” (P2, P7, P11, P57)</p> <p>“Comunicação e seguimento de informações” (P13)</p> <p>“Comunicação e postura do enfermeiro” (P14)</p> <p>“Disponibilidade do enfermeiro” (P6, P14, P102)</p> <p>“Disponibilidade” (P11, P21, P57, P134)</p> <p>“Disponibilidade de tempo” (P13, P60)</p> <p>“Tempo de contacto com a família” (P9)</p> <p>“O enfermeiro de família ter tempo para dar resposta às necessidades dos seus utentes” (P18)</p> <p>“Diálogo” (P21)</p> <p>“Relação de empatia enfermeiro/utente/família” (P31)</p> <p>“Proximidade que se cria com a família (veículos de comunicação como email/telefone” (P33)</p> <p>“Estar disponível para esclarecer/educar em todos os contactos” (P33)</p> <p>“Relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro de família e família” (P34)</p> <p>“Parcerias” (P35)</p> <p>“Empatia” (P41, P48, P49, P57, P118, P134)</p>	58

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Criar laços com os utentes” (P43)</p> <p>“Proximidade inerente da enfermagem às pessoas” (P45)</p> <p>“Relação de ajuda/confiança das famílias com um elemento de referência, o enfermeiro de família” (P45)</p> <p>“Boa relação com o utente e família” (P50, P53, P60)</p> <p>“Criar empatia com a família” (P55, P66)</p> <p>“Relação que se estabelece entre enfermeiro e utente” (P55)</p> <p>“Estabelecimento de relação de ajuda” (P59)</p> <p>“Estar disponível e facilitar a prática” (P61)</p> <p>“Ter uma relação empática com a família” (P82)</p> <p>“Relação de ajuda” (P93)</p> <p>“Relação empática” (P108)</p> <p>“Escuta ativa” (P118)</p> <p>“Relação de confiança estabelecida com os utentes” (P118)</p> <p>“Boa comunicação” (P121)</p> <p>“Estabelecer confiança com o utente” (P126)</p> <p>“Relação terapêutica” (P127)</p> <p>“Boa relação entre enfermeiro e família” (P131)</p> <p>“Respeito entre os intervenientes” (P131)</p> <p>“Proximidade com os utentes” (P143)</p>	
	Visão holística dos cuidados ao longo do ciclo vital	<p>“Personalização dos cuidados de enfermagem” (P8)</p> <p>“Intervenção sustentada à família” (P22)</p> <p>“Cuidados direcionados para o núcleo familiar” (P38)</p> <p>“Promover projetos específicos com aquela família” (P40)</p>	26

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Acompanhamento personalizado” (P42)</p> <p>“Orientar os cuidados em conjunto com a família” (P44)</p> <p>“Acompanhamento da família durante o seu ciclo vital” (P50, P52, P90, P91)</p> <p>“Acompanhar as suas famílias, avaliando e diagnosticando os potenciais e reais necessidades da família” (P52)</p> <p>“Conhecimento da família desde o nascimento até à morte” (P53)</p> <p>“Prática de enfermagem aos vários elementos do núcleo familiar” (P54)</p> <p>“Continuidade de cuidados à família em todo o ciclo de vida” (P56)</p> <p>“Consultas de enfermagem de diversas vigilâncias, saúde materna, infantil, planeamento familiar...” (P70)</p> <p>“Conhecimento da família desde a saúde materna, desenvolvimento infantil e saúde do idoso” (P71)</p> <p>“Ver família como um todo” (P77, P145)</p> <p>“Utente inserido no todo” (P78)</p> <p>“Acompanhar os doentes no seu contexto familiar” (P98)</p> <p>“Fazer o plano de cuidados envolvendo outros elementos da família, nomeadamente para suporte emocional” (P117)</p> <p>“Disponibilidade do profissional em entender a família como unidade” (P120)</p> <p>“Ter uma visão mais alargada do utente” (P125)</p> <p>“Continuidade dos cuidados” (P127, P145)</p> <p>“Visão holística dos cuidados” (P138)</p>	
	Proximidade com as famílias nas consultas de enfermagem no domicílio	<p>“Proximidade unidade e domicílio” (P1)</p> <p>“Proximidade dos cuidados de saúde” (P17, P27, P72, P95, P107, P108, P120)</p> <p>“Proximidade com as famílias” (P25, P52)</p>	30

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Maior conforto/comodidade ao utente/família” (P12)</p> <p>“O atendimento em visita domiciliária” (P20)</p> <p>“Trabalhar numa área geográfica muito extensa” (P29)</p> <p>“A proximidade geográfica” (P63)</p> <p>“Trabalho de proximidade” (P65, P127)</p> <p>“Serviço no domicílio envolvendo a família alargada” (P68)</p> <p>“Visitas domiciliárias” (P71, P138, P144, P146, P149)</p> <p>“Efetuar visitas domiciliárias” (P79)</p> <p>“Contactos no domicílio, no meio ambiente do mesmo” (P90)</p> <p>“Visitas domiciliárias bem implementadas que nos permitem conhecer o ambiente familiar “in loco”” (P112)</p> <p>“Presença de um familiar nas consultas de enfermagem” (P129)</p> <p>“Cuidados prestados mais adequados às necessidades” (P136)</p> <p>“Trabalhar dentro do espaço físico da comunidade” (P137)</p> <p>“Facilidade de contacto entre os utentes e enfermeiro de família” (P143)</p> <p>“Consultas de enfermagem no domicílio” (P150)</p>	
	Método de trabalho por enfermeiro de família	<p>“Ter um ficheiro atribuído, para poder seguir cada elemento, em cada etapa da sua vida” (P5)</p> <p>“Gestão do ficheiro de famílias” (P10)</p> <p>“Ser enfermeiro de família” (P9, P85)</p> <p>“Trabalhar por enfermeiro de família” (P10, P29, P107, P146)</p> <p>“A existência de enfermeiro de família” (P14)</p> <p>“Existir o enfermeiro de família” (P18)</p> <p>“Trabalhar um ficheiro” (P26)</p>	36

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Trabalhar por equipa de médico/enfermeiro de família” (P26)</p> <p>“Existência de enfermeiro de família que presta cuidados globais a toda a família favorecendo o seu conhecimento e a criação de uma relação empática” (P33)</p> <p>“Como o enfermeiro de família é sempre o mesmo consegue acompanhar melhor a família” (P34)</p> <p>“Existência na unidade de trabalho o conceito de enfermeiro de família” (P37)</p> <p>“O desenvolvimento da prática de atividades por ficheiro de utentes e não por tarefa e que seja aceite pela equipa” (P37)</p> <p>“Método de organização de ficheiros por médico/enfermeiro/famílias” (P45)</p> <p>“Trabalhar com um ficheiro atribuído a cada enfermeiro de família” (P49)</p> <p>“Trabalho em modelo de enfermeiro de família” (P51)</p> <p>“É bom ter o enfermeiro e médico com a mesma família” (P61)</p> <p>“O atendimento por enfermeiro de família” (P63)</p> <p>“Enfermeiro de família” (P68, P81, P144)</p> <p>“Trabalhar por método de enfermeiro de família” (P69, P97)</p> <p>“Ter um grupo/ficheiro de utentes atribuídos” (P73)</p> <p>“Existir na equipa uma filosofia de cuidados que privilegia o enfermeiro de família” (P73)</p> <p>“Organização de ficheiro por enfermeiro de família” (P88)</p> <p>“Ser um enfermeiro a trabalhar apenas com um médico e com os mesmos utentes” (P94)</p> <p>“Ficheiros individualizados” (P105)</p> <p>“Implementação do modelo de enfermeiro de família” (P111)</p> <p>“Metodologia de trabalho em UCSP com ficheiros que incluem toda a família” (P112)</p>	

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		“Trabalhar apenas com 400 famílias “(P137) “Trabalhar o mais tempo possível com os mesmos utentes” (P137) “Método de trabalho por enfermeiro de família” (P138)	
	Boa articulação entre os elementos da equipa	“Ter uma equipa em que todos trabalham para o mesmo fim” (P5) “Colaboração dentro da equipa multidisciplinar” (P6) “Relação multidisciplinar melhorada” (P8) “Integração na equipa multidisciplinar” (P20) “Conhecer bem a equipa” (P40) “Trabalhar em equipa” (P46, P48) “Elo de ligação” (P62, P82) “Trabalho em equipa multidisciplinar” (P65) “Trabalho em equipa” (P68) “Efetuar um trabalho em equipa com o médico e administrativo” (P103) “Trabalhar em microequipas – médico/enfermeiro/secretário clínico” (P109) “Existência de equipa médica/enfermeiro de família” (P110) “Partilha e trabalho em conjunto com um médico de família” (P111) “Organização do trabalho (trabalho em equipa” (P135)	16
TOTAL DE CATEGORIA			166
Características da família	Confiança das famílias no enfermeiro	“A identificação do cliente com o enfermeiro” (P63) “Confiança da família no seu enfermeiro” (P104) “As famílias sentirem que têm um elo facilitador, o enfermeiro de família” (P109) “Confiança das famílias no enfermeiro” (P150)	4

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
	Recetividade das Famílias	<p>“Aceitação por parte da família” (P6)</p> <p>“Famílias que demonstram maior abertura em expor as suas necessidades” (P39)</p> <p>“Enfermeiro de família como referência para a família” (P88, P89)</p> <p>“Colaboração por parte dos enfermeiros” (P128)</p>	5
	Contexto familiar	<p>“Bom relacionamento entre os familiares” (P7)</p> <p>“Recursos económicos da família” (P7)</p> <p>“Contexto familiar” (P36)</p> <p>“Contexto da família (apoio, hereditariedade, história familiar)” (P83)</p> <p>“Forças da família face aos problemas de saúde (potencial da família)” (P83)</p> <p>“Família estruturada” (P121)</p>	6
	Conhecimento das famílias acerca do papel do enfermeiro de família	<p>“A referência para os utentes que se vão habituando a ter o seu enfermeiro de família” (P27)</p> <p>“Conhecimento da população em relação ao enfermeiro de família” (P64)</p> <p>“Informação à população” (P110)</p>	3
TOTAL DE CATEGORIA			18
Características da instituição	Organização dos CSP	<p>“Pertencer a uma USF” (P3)</p> <p>“Organização dos CSP, novas políticas que permitiram valorização do enfermeiro de família” (P17)</p> <p>“Estabilidade do local de trabalho” (P51)</p> <p>“Organização dos serviços” (P54)</p> <p>“Contexto mais próximo com todo o agregado familiar por ser USF” (P67)</p> <p>“Permanecer no mesmo local de trabalho durante algum tempo, dentro da UCSP” (P73)</p> <p>“Organização dos CSP em UCSP e USF” (P74)</p>	10

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Permite agrupar os utentes de determinada área geográfica em ficheiros atribuídos a um médico e um enfermeiro” (P74)</p> <p>“Trabalho em USF” (P81)</p> <p>“Trabalho em unidades pequenas que permitem uma maior ligação à famílias/comunidade” (P112)</p>	
	Recursos materiais adequados	<p>“Existir boas condições físicas para exercer boas práticas” (P18)</p> <p>“Condições físicas dos locais de trabalho” (P19)</p> <p>“A existência de meios físicos e logísticos para a prática e atividades num ficheiro próprio” (P37)</p> <p>“Material adequado em qualidade e quantidade” (P139)</p>	4
	Recursos humanos adequados	<p>“Recursos humanos e económicos” (P19)</p> <p>“Disponibilidade de tempo e recursos humanos” (P30)</p> <p>“Recursos humanos, com tempo e acessibilidade” (P107)</p> <p>“Recursos humanos adequados” (P139)</p>	4
	Sistema de registos orientados para a família	<p>“Registos de enfermagem” (P46)</p> <p>“ Acesso na plataforma informática ao agregado familiar” (P64)</p>	2
	Existência de modelos e instrumentos de avaliação da família	<p>“Construção do genograma” (P55)</p> <p>“Disponibilização de instrumentos de avaliação” (P105)</p> <p>“Desenvolvimento de instrumentos de avaliação familiar” (P106)</p> <p>“Instrumentos de avaliação” (P107)</p> <p>“Uniformização dos registos” (P139)</p>	5
	Flexibilidade de horário	<p>“Acessibilidade do utente/família ao serviço” (P12)</p> <p>“Acessibilidade” (P28, P35, P127, P134)</p> <p>“Carga horária” (P54)</p>	10

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		“Tempo disponível para tratamento de ficheiros” (P64) “Estar numa unidade com horário alargado até às 20 horas, para permitir o acesso aos trabalhadores, estudantes...” (P94) “Disponibilidade de horário para os familiares que trabalham e/ou estudam” (P103) “Facilidade de acesso” (P108)	
TOTAL DE CATEGORIA			35

FATORES DIFICULTADORES DA PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Quadro 4: Fatores Dificultadores à prática da Enfermagem de Família

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
Características da formação	Formação insuficiente no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	“Falta de formação dos profissionais de saúde sobre família” (P6) “Falta de conhecimento académico sobre prática de enfermagem de família nomeadamente sobre a intervenção sistémica e instrumentos de avaliação familiar” (P25) “Pouco conhecimento acerca da importância da intervenção na família” (P29) “Falta de formação específica de alguns enfermeiros na área da saúde da família” (P33) “Falta de formação na área” (P35, P51, P124, P144) “Falta de formação” (P38, P85, P87, P89, P97, P127, P138) “A falta de formação nos serviços” (P63) “Não ter tido formação nesta área de enfermagem de saúde familiar” (P69) “Formação: falta de formação no âmbito das intervenções com a família” (P89) “Algumas lacunas na formação mais especializada” (P98) “Não ter formação específica na área da enfermagem de família” (P104) “Falta de conhecimentos por parte do profissionais para trabalhar melhor com a família” (P129) “Pouco conhecimento sobre famílias e subsistemas familiares” (P132) “Falta de formação sobre família” (P150)	23
	Formação em Enfermagem de Saúde Familiar não reconhecida como especialidade	“Falta de reconhecimento desta especialidade com definição concreta das áreas de atuação” (P9) “Falta de reconhecimento” (P41) “Falta de reconhecimento da importância da enfermagem de saúde familiar” (P112) “Falta de reconhecimento da especialidade” (P144)	4
TOTAL DE CATEGORIA			27

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
Características/Funções do enfermeiro	Desmotivação	“Desmotivação dos profissionais de saúde” (P14, P138) “Desmotivação” (P57) “Falta de motivação” (P127) “Crescente desmotivação profissional dos enfermeiros” (P132) “Falta de motivação do enfermeiro” (P150)	6
	Não envolvimento da família nos cuidados	“Não envolvimento da família no processo de prestação de cuidados” (P31) “Não envolvimento da família no problema” (P68) “Por vezes não conseguir dinamizar o utente/família para outros comportamentos” (P130)	3
	Falta de reconhecimento da importância da família nos cuidados	“Falta de visão da família como sistema global e inserido num meio” (P66) “Falta de sensibilização da importância da família para a melhoria de um membro dessa família” (P82) “Dificuldades de alguns profissionais de enfermagem assumirem a família como unidade de estudo” (P120)	3
	Responsabilidade por um número elevado de utentes/famílias para prestar cuidados	“Sobrecarga de trabalho” (P14) “Ficheiro com cerca de 2000 utentes” (P14) “Grande número de famílias nos ficheiros para prestar cuidados às famílias adequados e de proximidade” (P25) “Número acrescido de utentes em unidades” (P37) “Número de utentes por ficheiro” (P41) “Grande número de utentes, não se chega a conhecê-los a todos” (P46) “Muitos utentes” (P47) “Elevado número de famílias a seu cargo” (P63) “Número de ficheiro dos enfermeiros” (P70)	22

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		"Tamanho dos ficheiros" (P71) "Número de famílias que temos a cargo" (P72) "Número de clientes excessivo/superior aos preconizados legalmente" (P73) "Número de utentes distribuídos por cada profissional" (P74) "Elevado número de famílias" (P109) "Elevado número de utentes/famílias por ficheiro" (P111) "Rácio enfermeiro/utentes" (P117) "Elevado número de utentes por enfermeiro" (P120) "Número extenso de famílias" (P125) "Ficheiro com número de famílias superior ao recomendado" (P135) "Ter a seu cargo, muitos utentes" (P137) "Ficheiros com utentes acima do rácio para cada enfermeiro" (P143) "Lista de utentes entre os 1500-1900 utentes" (P146)	
TOTAL DE CATEGORIA			34
Características dos cuidados de enfermagem	Dificuldade em estabelecer relação terapêutica com a família	"Incompatibilidade com alguns elementos da família" (P4) "Comunicação inadequada enfermeiro/utente/família" (P31) "Dificuldade de criar empatia com algumas famílias" (P33) "Empatia pode não ser muita" (P40) "Falta de comunicação" (P57) "Má relação ou relação indiferente com a família" (P60) "Postura autoritária e inflexível do enfermeiro" (P66) "Dificuldade em conhecer o contexto familiar" (P78) "Intervenção mais complexa por ser mais alargada (família)" (P78)	12

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Incompatibilidade com alguns membros da família” (P90)</p> <p>“Utentes estrangeiros com dificuldades na nossa língua: difícil comunicação” (P103)</p> <p>“Má relação entre enfermeiro e família” (P131)</p>	
	Tempo definido por consulta de enfermagem	<p>“Falta de tempo” (P2, P3, P27, P81, P85, P87, P89, P92, P124, P125)</p> <p>“Tempo em cada consulta para promover todas as práticas inerentes a cada utente” (P5)</p> <p>“Falta de tempo para estar com a família” (P6, P93)</p> <p>“Pouca disponibilidade de tempo” (P7)</p> <p>“Falta de disponibilidade” (P11)</p> <p>“Tempo muito limitado, restrito em termos de horários” (P12)</p> <p>“O pouco tempo muitas vezes disponível” (P13)</p> <p>“Gestão de tempo” (P17)</p> <p>“Falta de tempo útil do enfermeiro” (P18)</p> <p>“Falta de tempo no contacto com a família (20 minutos por consulta é pouco)” (P25)</p> <p>“Limite de tempo para atendimento” (P26)</p> <p>“Falta de tempo do enfermeiro de família” (P34)</p> <p>“Pouco tempo para registos e para domicílios” (P41)</p> <p>“Tempo disponível para fazer consultas” (P43)</p> <p>“Falta de tempo de acordo com todas as exigências atuais na classe de enfermagem” (P56)</p> <p>“Disponibilidade de tempo reduzida” (P60, P117)</p> <p>“Não haver tempo suficiente para avaliar a família na sua residência” (P64)</p> <p>“Tempo despendido diariamente” (P67)</p> <p>“Pouco tempo para os enfermeiros trabalharem com a família como um todo” (P132)</p> <p>“Pouco tempo” (P134, P144)</p>	34

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Tempo de intervenção nos diversos cuidados” (P139)</p> <p>“Tempo de consulta de enfermagem inferior ao estipulado por lei” (P146)</p>	
	Inexistência de trabalho em equipa	<p>“Dificuldade de articulação com outros prestadores de cuidados” (P12)</p> <p>“Falta de comunicação entre os vários serviços de saúde, sobretudo entre o hospital e os CSP” (P18)</p> <p>“Integração de uma equipa multidisciplinar que não funcione como tal” (P20)</p> <p>“Falta de apoio de especialistas nos cuidados (psicólogos, terapeutas...)” (P26)</p> <p>“Má relação entre os profissionais” (P125)</p> <p>“Renitente em colaborar com a equipa” (P131)</p>	6
	Método de trabalho organizado por tarefa	<p>“Não trabalhar por enfermeiro de família” (P29)</p> <p>“Trabalho organizado à tarefa” (P45, P81)</p> <p>“Falta de organização de trabalho por enfermeiro de família nas UCSP” (P52)</p> <p>“Trabalho por módulos/valências” (P68)</p>	5
	Dificuldades nas consultas de enfermagem no domicílio	<p>“Horário laboral não compatível com a prática de enfermagem de família a nível domiciliário (utente acamado, sozinho em casa)” (P33)</p> <p>“A inexistência de meios físicos para que se desenvolvam atividades como a visita domiciliária” (P37)</p> <p>“Falta de recursos principalmente de transporte” (P50)</p> <p>“Falta de transporte” (P53, P105, P106, P108)</p> <p>“Falta de recursos para visita domiciliária” (P63)</p> <p>“Dificuldades no transporte” (P65, P107)</p> <p>“Não efetuar visitas domiciliárias” (P79)</p> <p>“Número de consultas de enfermagem em domicílio vs tempo despendido” (P83)</p>	20

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Ausência dos familiares nos contactos com o enfermeiro” (P83)</p> <p>“Défice de transporte para estar o tempo que seria desejado para haver interação entre família e o enfermeiro” (P93)</p> <p>“Falta de tempo para a prática de enfermagem no domicílio” (P102)</p> <p>“Falta de recursos para a visita domiciliária” (P109)</p> <p>“Dificuldade em gestão de recursos (uso de transporte para domicílios...)” (P111)</p> <p>“Falta de tempo para visitas domiciliárias” (P130)</p> <p>“Falta de meios para a prática de enfermagem no domicílio (horários e transporte)” (P143)</p> <p>“Dificuldade em contactar com todo o agregado em simultâneo” (P143)</p>	
TOTAL DE CATEGORIA			77
Características da família	<p>Não reconhecimento do papel do enfermeiro de família</p>	<p>“Dificuldade no contacto com a família por não ser conhecida culturalmente a figura do enfermeiro de família” (P2)</p> <p>“Ainda não há a cultura do enfermeiro de família (especialmente entre utentes)” (P27)</p> <p>“As próprias pessoas não reconhecem o enfermeiro de família” (P43)</p> <p>“Falta de informação dos utentes” (P110)</p> <p>“Mentalidade do enfermeiro tarefeiro na comunidade, saber trabalhar para mudar este paradigma” (P111)</p> <p>“Falta de receptividade por parte da família” (P138)</p>	6
	<p>Tipologia das famílias</p>	<p>“Falta de vínculo entre os elementos da família” (P6)</p> <p>“Recursos económicos da família” (P7)</p> <p>“Aspetos socioeconómicos das famílias” (P17)</p> <p>“Famílias disfuncionais” (P21, P121)</p> <p>“Disponibilidade dos utentes/família” (P21)</p>	19

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Utentes que moram sozinhos” (P23)</p> <p>“Vínculos e papéis familiares inexistentes ou disfuncionais” (P31)</p> <p>“Existem famílias fragmentadas que continuam agregadas num ficheiro mas estão ausentes, por exemplo, no estrangeiro” (P64)</p> <p>“Situação socioeconómica da família” (P74, P121)</p> <p>“Interação entre os membros da família” (P77)</p> <p>“Papel que cada um desempenha na família” (P77)</p> <p>“Diferentes tipos de família” (P77)</p> <p>“Nem sempre o indivíduo está no mesmo agregado familiar da sua família” (P78)</p> <p>“Relação conflituosa entre a família” (P103)</p> <p>“Nível socioeconómico baixo” (P129)</p> <p>“Conflitos intrafamiliares” (P134)</p> <p>“Aspetos sócio culturais e económicos” (P134)</p>	
	Falta de confiança no enfermeiro de família	<p>“O utente pode não gostar da sua enfermeira” (P1)</p> <p>“A família/utente não confiar no seu enfermeiro de família” (P55)</p>	2
	Comportamento de procura de saúde não demonstrado	<p>“Abusar (por estar à vontade demais)” (P1)</p> <p>“Não respeitam as regras orientadas no serviço” (P39)</p> <p>“Família que trabalhe e que apresente dificuldades na prestação de cuidados ao próprio familiar” (P44)</p> <p>“Famílias ausentes” (P109)</p> <p>“Falta de colaboração da família” (P121)</p> <p>“Falta de adesão ao tratamento” (P121)</p> <p>“Não colaboração dos familiares” (P128)</p>	10

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		“Falta aos contactos programados com o enfermeiro” (P129) “Não cumprimento da informação dada pelo profissional” (P131) “Demasiada confiança conduz a abusos” (P136)	
TOTAL DE CATEGORIA			37
Características da instituição	Organização dos CSP	“Não trabalhar sempre no mesmo local, o que faz com que não se acompanhem doentes” (P5) “Modelo de organização dos CSP” (P9) “Estruturas de serviço” (P11) “Dispersão geográfica da população” (P19) “Políticas de saúde” (P19) “Necessidade dos serviços de se efetuarem horas extra, o que implica folgas em dias úteis e assim menos assistência às famílias” (P45) “Instabilidade do local de trabalho” (P51) “A exigência e multiplicidade de tarefas” (P72) “Estar constantemente (mensal/trimestral/semestralmente) a mudar de local de trabalho dentro da UCSP” (P73) “Reorganização dos serviços” (P81) “Estrutura do centro de saúde, da unidade funcional onde estou” (P91) “Algumas UCSP ainda não têm infraestruturas que permitam que se trabalhe exatamente num sistema de enfermeiro de família” (P112)	12
	Recursos humanos insuficientes	“Trabalhar muitas vezes sem administrativa” (P1) “Falta de recursos humanos para referência multidisciplinar” (P2) “Falta de recursos humanos” (P3, P19, P27, P38, P45, P88, P110, P127) “Poucos recursos humanos” (P7)	26

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“As diversas substituições das colegas pelas unidades da UCSP, não tendo muitas vezes o acesso à avaliação contínua do utente e da sua família” (P13)</p> <p>“Organização e recursos humanos limitados” (P13)</p> <p>“Falta de enfermeiros” (P20, P70, P71)</p> <p>“Poucos recursos para darem suporte às necessidades específicas a utentes com deficiência, doentes crónicos e terminais” (P26)</p> <p>“Falta de profissionais de enfermagem nas unidades que prestam cuidados” (P52)</p> <p>“Falta de enfermeiros nos CSP” (P56)</p> <p>“Escassos recursos humanos, não fazendo só os cuidados ao seu ficheiro mas tendo que substituir colegas da unidade funcional” (P64)</p> <p>“Absentismo dos colegas” (P72)</p> <p>“Dotação insuficiente de enfermeiros na unidade funcional” (P73)</p> <p>“Falta de recursos para o acompanhamento no domicílio” (P90)</p> <p>“Falta de recursos humanos: motoristas, enfermeiros” (P91)</p> <p>“Falta de pessoal de enfermagem para desempenhar positivamente as competências profissionais com as famílias” (P93)</p> <p>“Recursos humanos inadequados” (P139)</p>	
	Recursos materiais insuficientes	<p>“Falta de recursos materiais” (P19, P53, P57, P88)</p> <p>“Condições físicas das instalações onde desempenho funções” (P43)</p> <p>“Estrutura física que dificulta a privacidade na íntegra da estrutura familiar” (P56)</p> <p>“Falta de meios” (P71)</p> <p>“Recursos materiais (falta de esfigmomanómetros, balanças...)” (P91)</p> <p>“Não haver condições físicas nos serviços” (P126)</p>	10

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		"Material inadequado em quantidade e qualidade" (P139)	
	Sistema informático inadequado para registos dos cuidados prestados à família	<p>"Sistema informático" (P3)</p> <p>"O sistema informático não estar adequado às práticas que executamos" (P5)</p> <p>"Sistema informático que não permite a elaboração de genograma e ecomapa" (P10)</p> <p>"Falta de troca de informações" (P11)</p> <p>"Os sistemas informáticos atrasam a prática" (P18)</p> <p>"As dificuldades inerentes ao cada vez maior grau de exigência r/c sistemas informáticos que ocupam grande parte do nosso dia de trabalho" (P20)</p> <p>"O programa informático de registos de enfermagem não está adequado à avaliação da família" (P22)</p> <p>"Passamos muito tempo no computador" (P46)</p> <p>"Sistemas informáticos por vezes limitadores no que toca à colheita de informação" (P51)</p> <p>"Falta de sistema de informação adequado à correta prática de registos de enfermagem de família (genograma, ecomapa...)" (P52)</p> <p>"O SAPE não facilita a prática de enfermagem de família" (P61)</p> <p>"Não interação entre os vários programas de informática" (P61)</p> <p>"Falta de registos informáticos apropriados" (P67)</p> <p>"SAPE/SClínico falta de parametrização para enfermagem de saúde familiar" (P69)</p> <p>"Funcionamento do sistema informático" (P70)</p> <p>"Sistemas informáticos desadequados e pouco facilitadores do registo sistemático de prática clínica" (P73)</p> <p>"Sistema de informação não está adequado à prática de cuidados" (P82)</p> <p>"Falta de suporte informático para registos que analisem a história de saúde familiar" (P83)</p>	30

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		<p>“Registos: não estão parametrizados os registos para a família, logo não existem indicadores” (P89)</p> <p>“Dificuldade em efetuar registos que facilitem a continuidade de cuidados (características, especificidades do utente/família que sejam fundamentais e importantes serem visíveis em todos os contactos” (P90)</p> <p>“O SCÍnico podia ser melhorado no sentido de se poder trabalhar a família” (P94)</p> <p>“Não há forma de registar o ecomapa, genograma...” (P94)</p> <p>“Falta de indicadores, não há maneira de avaliar o trabalho com as famílias” (P94)</p> <p>“Registos desadequados” (P105, P106, P107)</p> <p>“Dificuldade nos registos o que nos “rouba” muito tempo para estar com as famílias mais tempo e com mais qualidade” (P112)</p> <p>“Falta de uniformização de critérios de registo de certas atividades” (P113)</p> <p>“Falta de apoio informático” (P124)</p> <p>“Registos de enfermagem inexistentes” (P135)</p>	
	Modelos e instrumentos de avaliação familiar demasiado complexos	<p>“Instrumentos de avaliação familiar muito complexos” (P82)</p> <p>“Modelos e instrumentos de avaliação da família complexos” (P150)</p>	2
	Horário de funcionamento inadequado	<p>“Incompatibilidade de horários” (P4)</p> <p>“Falta de acessibilidade aos cuidados” (P29)</p> <p>“Disponibilidade de horário” (P42)</p> <p>“Assistência à família nos fins de semana não se faz” (P46)</p> <p>“Inflexibilidade de horários” (P54, P106)</p> <p>“Dificuldades na acessibilidade dos cuidados de saúde, por questões laborais” (P74)</p> <p>“Horários” (P105, P108)</p>	11

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo exemplificativa	Freq. Abs. U.R.
		“Horários rígidos” (P107) “Horários de enfermagem dependentes dos horários médicos” (P146)	
	Profissionais não valorizam a figura do enfermeiro de família	“Ainda não há a cultura do enfermeiro de família (especialmente entre pessoal administrativo) ” (P27) “As equipas (médicas e de enfermagem) não valorizam o conceito do enfermeiro de família” (P37) “Pouca valorização do papel do enfermeiro de família por parte dos profissionais de saúde” (P66) “Resistência dos próprios enfermeiros” (P110)	4
TOTAL DE CATEGORIA			95