

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Importância Atribuída à Participação da Família na Prestação de
Cuidados - Atitudes dos Enfermeiros

Maria Cristina Pinto Mendes



Maio 2025



Importância Atribuída à Participação da Família na Prestação de Cuidados - Atitudes dos Enfermeiros

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e da Mestre Dora Margarida Ribeiro Machado.

Maio 2025

O Júri

- **Presidente:** Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes
- **Arguente:** Professora Doutora Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Agradecimentos

Ao meu estimado Professor e Orientador, PhD Manuel Brás, expresso a minha gratidão pela sua sabedoria e apoio incondicional. A sua experiência e meticulosidade foram essenciais para realizar este trabalho e conduzi-lo ao sucesso. Agradeço pela infinita paciência, pelas críticas construtivas que me desafiaram a crescer e a dar sempre o meu melhor. Agradeço por ter sido mais do que um orientador, por ter sido um mentor que me ensinou e guiou nesta jornada académica.

À minha querida amiga, Mestre Dora Machado, dedico este agradecimento especial. A tua presença constante foi a força que me impulsionou em cada etapa desta jornada. Desde o início, acreditaste em mim e no meu potencial, mesmo quando as minhas próprias dúvidas me desanimavam. A confiança e o incentivo incansável foram a bússola que me orientou por este caminho, e sem ti amiga, este percurso não teria sido possível. Obrigada por seres mais do que uma amiga, por seres a confidente que guarda os meus segredos e o meu porto seguro que me acolhe nos momentos de incerteza. A tua amizade é um presente para toda a vida.

À Direção do ACeS Grande Porto III, Maia Valongo, agradeço pelo auxílio fundamental e pelo interesse genuíno demonstrados nesta pesquisa. O apoio da instituição foi crucial para a realização do estudo e contribuiu significativamente para o seu sucesso.

À equipa da USF- Saúde em Família, em especial aos meus colegas, dedico o meu sincero agradecimento pela colaboração, paciência e apoio constante ao longo desta jornada. Juntos, construímos uma experiência profissional enriquecedora, enfrentamos desafios com resiliência e celebramos as conquistas com entusiasmo. Agradeço por fazer parte desta equipa extraordinária e por criarmos um ambiente de trabalho positivo, acolhedor e inspirador.

A todos os enfermeiros que, com generosidade e altruísmo, participaram no estudo, a minha eterna gratidão. A vossa valiosa colaboração foi a base fundamental para a colheita de dados e para o desenvolvimento desta pesquisa. O sucesso deste trabalho deve-se, em grande parte, à vossa disposição em partilhar as vossas experiências, conhecimentos e

perspetivas. Agradeço por serem a alma deste estudo e por contribuírem para o avanço da Enfermagem.

A todos que, de forma direta ou indireta, me apoiaram e incentivaram durante esta jornada, dedico o meu mais profundo reconhecimento. Sem vocês, este sonho não se teria concretizado. Agradeço por cada palavra de incentivo, por cada gesto de apoio e por cada abraço que me deu força para seguir em frente. Vocês são a prova de que a união faz a força e que o sucesso é uma conquista compartilhada.

“Se não gostas de algo, muda-o. Se não podes mudá-lo, muda a tua atitude.”

Maya Angelo

Resumo	<p>A participação da família nos cuidados de saúde assume um papel de destaque na literatura e na prática da enfermagem, justificado pela interconexão com os diversos aspetos que influenciam a qualidade e a humanização da prestação de cuidados. Este estudo teve como objetivo principal relacionar a formação em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar com perceção das atitudes dos enfermeiros em relação à importância da participação da família nos cuidados. Apoiamo-nos numa metodologia quantitativa, estudo observacional descritivo, correlacional e transversal, tendo como população alvo os enfermeiros que exercem funções em Portugal. Para seleção da amostra recorreu-se à técnica de amostragem não probabilística por redes (“bola de neve”). Para colheita de dados, foi disseminado, entre 5 de dezembro de 2023 até 1 de abril de 2024, um questionário online, dividido em duas partes: caracterização sociodemográfica e profissional da amostra e escala da importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE). O estudo teve parecer favorável da comissão de ética do Instituto Politécnico de Bragança (IPB). Obtiveram-se 1007 respostas, validando-se 989. Os dados foram tratados com recurso ao suporte informático, R® versão 4.2.1.</p> <p>Da análise dos dados verificou-se que os enfermeiros da amostra possuem perceção de atitudes de suporte em relação às famílias e promovem a sua inclusão nos cuidados de enfermagem (81,49, em 104 pontos possíveis na escala). Também se identificou uma correlação significativa entre as variáveis sociodemográficas (estado civil, sexo, região onde exerce funções e idade), profissionais (local de trabalho, categoria profissional, tempo de serviço profissional, tempo de serviço na categoria profissional e experiência em cuidados de saúde primários), formação (habilitações literárias, especialidade e formação em Enfermagem de Saúde Familiar) e de contexto (experiência como cuidador) e a perceção das atitudes dos enfermeiros em relação à participação da família nos cuidados. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa do variável sexo, com a perceção das atitudes nas dimensões 1 “parceiro dialogante e recurso a coping” ($p=0,028$), 2 “Família recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,032$) e no score total ($p=0,025$). Em relação à idade, verificaram-se diferenças significativas nas dimensões 1 “parceiro dialogante e recurso a coping” ($p<0,001$), 2 “família recurso nos cuidados de</p>
---------------	---

	<p>enfermagem” (p=0,004), 3 “família como um fardo” (p<0,001) e no score total (p=0,009). O estado civil dos enfermeiros também apresentou diferenças estatisticamente significativas na percepção das atitudes em relação às dimensões 1 “parceiro dialogante e recurso a coping” (p=0,0003) e 3 “família como um fardo” (p<0,001). Quanto ao local de trabalho, verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões e no score total (p<0,001). O tipo de especialidade dos enfermeiros obteve uma relação significativa com a percepção das atitudes nas dimensões 1 “parceiro dialogante e recurso a coping”, 2 “família recurso nos cuidados de enfermagem” e no score total (p<0,001). Os enfermeiros com formação na área de Enfermagem de Saúde Familiar demonstraram ter uma percepção das atitudes mais favoráveis em comparação com os enfermeiros que não detêm essa formação, conforme evidenciado pelos scores médios (D1: 41,5; D2: 34,9; D3: 7,5; e score total: 83,8).</p> <p>Os resultados indicam ainda que ser cuidador de um familiar num processo de doença prolongado relaciona-se significativamente com a percepção das atitudes dos enfermeiros, nas dimensões 1 “parceiro dialogante e recurso a coping” (p=0,002), 2 “família recurso nos cuidados de enfermagem” (p=0,013) e no score total (p=0,005). Não foi observada relação estatisticamente significativa entre o apoio familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros sobre a importância da participação da família nos cuidados (p>0,05), nem entre o tipo de formação e a percepção dessas atitudes. Também se verificou que a experiência em cuidados de saúde primários não se relaciona com a percepção das atitudes dos enfermeiros em ambiente hospitalar, mas sim trabalhar em ambiente hospitalar ou unidades de cuidados de saúde primários. Este estudo parece evidenciar a importância da formação na área de saúde familiar, na percepção das atitudes dos enfermeiros, uma vez que os resultados apontam para uma influência positiva da formação para a inclusão da família durante a prestação de cuidados, quando comparado com enfermeiros sem formação na área.</p>
Palavras chave	Enfermagem Familiar; Atitude; Cuidados Primários em Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

Abstract	<p>Family participation in health care plays a prominent role in nursing literature and practice, justified by the interconnection with the various aspects that influence the quality and humanization of care provision. The main objective of this study was to relate community nursing training, in the area of family health nursing, with the perception of nurses' attitudes regarding the importance of family participation in care. We used a quantitative methodology, a descriptive, correlational, and cross-sectional observational study, with nurses working in Portugal as the target population. The sample was selected using the non-probabilistic network sampling technique (“snowball”). To collect data, an online questionnaire was disseminated between December 5, 2023, and April 1, 2024, divided into two parts: sociodemographic and professional characterization of the sample and the scale of the importance of families in nursing care - nurses' attitudes (IFCE-AE). The study received a favorable opinion from the ethics committee of the Polytechnic Institute of Bragança (IPB). A total of 1007 responses were obtained, of which 989 were validated. The data was processed using computer support, R® version 4.2.1.</p> <p>From the analysis of the data, it was found that the nurses in the sample have a perception of supportive attitudes towards families and promote their inclusion in nursing care (81.49, out of 104 possible points on the scale). A significant correlation was also identified between sociodemographic variables (marital status, gender, region where they work and age), professional variables (workplace, professional category, length of professional service, length of service in the professional category and experience in primary health care), training (educational qualifications, specialty and training in Family Health Nursing) and context (experience as a caregiver) and the perception of nurses' attitudes towards family participation in care. A statistically significant relationship was found between the gender variable and the perception of attitudes in dimensions 1 “dialogue partner and use of coping” (p=0.028), 2 “Family as a resource in nursing care” (p=0.032), and the total score (p=0.025). Regarding age, significant differences were found in dimensions 1 “dialogue partner and use of coping” (p<0.001), 2 “family as a resource in nursing care” (p=0.004), 3</p>
-----------------	---

	<p>“family as a burden” ($p < 0.001$) and in the total score ($p = 0.009$). The marital status of the nurses also showed statistically significant differences in the perception of attitudes in relation to dimensions 1 “dialogue partner and use of coping” ($p = 0.0003$) and 3 “family as a burden” ($p < 0.001$). Regarding the workplace, significant differences were found in all dimensions and in the total score ($p < 0.001$). The type of specialty of the nurses had a significant relationship with the perception of attitudes in dimensions 1 “dialogue partner and use of coping”, 2 “family as a resource in nursing care” and in the total score ($p < 0.001$). Nurses trained in the area of Family Health Nursing demonstrated that they had a more favorable perception of attitudes compared to nurses who did not have this training, as evidenced by the average scores (D1: 41.5; D2: 34.9; D3: 7.5; and total score: 83.8).</p> <p>The results also indicate that being a caregiver for a family member in a prolonged illness process is significantly related to the perception of nurses' attitudes, in dimensions 1 "dialogue partner and resource for coping" ($p = 0.002$), 2 "family as a resource in nursing care" ($p = 0.013$) and in the total score ($p = 0.005$). No statistically significant relationship was observed between family support and the perception of nurses' attitudes regarding the importance of family participation in care ($p > 0.05$), nor between the type of training and the perception of these attitudes. It was also found that experience in primary health care is not related to the perception of nurses' attitudes in a hospital environment, but working in a hospital environment or primary health care units is. This study appears to highlight the importance of training in the area of family health, in the perception of nurses' attitudes, since the results point to a positive influence of training for the inclusion of the family during the provision of care, when compared to nurses without training in the area.</p>
Keywords	Family Nursing; Attitude; Primary Nursing Care; Primary Health Care.

Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS Norte – Administração Regional de Saúde do Norte

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

Dp – Desvio padrão

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECESF – Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ECSCP-Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem na área de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos

ERPI – Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

ESF – Enfermagem na área de Saúde Familiar

FINC-NA – Families Importance in Nursing Care-Nurse Attitudes

ICN – International Council of Nurses

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

IFNA – International Family Nursing Association

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPB-ESS – Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde

IPVC-ESS – Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde

ISPJPB – Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela

M – Média

Máx. – Máximo

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Programa Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAC – Serviço de Atendimento Complementar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	3
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	4
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	10
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO.....	18
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
2.1. Família e Saúde Familiar.....	21
2.2. Enfermagem de Saúde Familiar.....	23
2.3. Teoria Geral dos Sistemas e Teoria Sistêmica.....	25
2.4. Atitudes dos Enfermeiros Face à Família.....	30
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	32
3.1. Problemática e Objetivos.....	32
3.2. Operacionalização das Variáveis.....	34
3.3. Tipo de Estudo.....	38
3.4. População e Amostra.....	38
3.5. Instrumentos de Recolha dos Dados.....	40
3.6. Procedimento de Recolha de Dados e Considerações Éticas.....	41
3.7. Procedimento de Análise de Dados.....	42
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS...	45
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	46
1.1. Caracterização Sociodemográfica.....	47
1.2. Caracterização Profissional da Amostra.....	49
1.3. Caracterização da Escala “IFCE-AE”.....	56

1.4. Análise Inferencial dos Resultados.....	57
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
2.1. As Percepções das Atitudes dos Enfermeiros Relativas à Importância que Atribuem à Participação da Família nos Cuidados.....	78
2.2. Discussão de Hipóteses.....	80
2.2.1. Analisar a Relação entre as Características Sociodemográficas e a Percepção das Atitudes	80
2.2.2. Analisar a Relação entre Características Profissionais e a Percepção das Atitudes	86
2.2.3. Analisar a Relação entre a Formação em Enfermagem de Saúde Familiar e a Percepção das Atitudes	94
2.2.4. Analisar a Relação entre Experiência dos Enfermeiros com Familiares Doentes e a Percepção das Atitudes	98
CAPÍTULO IV - Reflexão Global Sobre o Estudo.....	100
1. CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa município da Maia.....	4
--	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população da USF por freguesia da Maia.....	6
Gráfico 2 - Distribuição da população da USF pela lista de Enfermeira tutora e por localidades da freguesia da Maia.....	6
Gráfico 3 - Pirâmide Etária Quinquenal.....	7

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população da USF por grupo etário e sexo.....	5
Tabela 2 - Operacionalização e Categorização das variáveis.....	36
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo o grupo etário, sexo, estado civil e região onde exerce funções.....	48
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo as habilitações literárias, tempo de serviço, categoria profissional e tempo de serviço na categoria profissional.....	50
Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo a área de especialidade.....	52
Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo o local onde desempenha funções.....	53
Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo experiência anterior em cuidados de saúde primários.....	54
Tabela 8 - Caracterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Saúde Familiar.....	55
Tabela 9 - Caracterização da amostra segundo experiência anterior com familiar com doença prolongada.....	56
Tabela 10 - Dimensões e score total da escala IFCE-AE.....	57
Tabela 11 - Relação das variáveis sexo e faixa etária e a perceção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	59
Tabela 12 - Relação da variável estado civil e a perceção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	60

Tabela 13 - Relação da variável região onde exerce funções e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	62
Tabela 14 - Relação das variáveis habilitações literárias e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	63
Tabela 15 - Relação das variáveis categoria profissional e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	65
Tabela 16 - Relação das variáveis tempo de serviço profissional e tempo de serviço na categoria profissional e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	66
Tabela 17 - Relação das variáveis local onde desempenha funções e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	68
Tabela 18 - Relação das variáveis local de trabalho, experiência em cuidados de saúde primários e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	70
Tabela 19 - Relação das variáveis especialidade e tipo de especialidade e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	73
Tabela 20 - Relação das variáveis formação em Enfermagem de Saúde Familiar e tipo de formação e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	74
Tabela 21 - Relação das variáveis cuidador num processo de doença prolongado de familiar e apoio e colaboração familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE).....	76

INTRODUÇÃO

Entre 2 de outubro de 2023 e 22 de março de 2024 realizou-se um estágio de natureza profissional, com a duração de 810 horas, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) localizada na região Norte, ULS S. João, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), em consórcio com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) e a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD).

O estágio e a formação especializada em enfermagem são pilares interligados que contribuem para a formação de profissionais altamente qualificados, aptos a oferecer um cuidado de excelência à população. Através da articulação entre a teoria e prática, da reflexão crítica e da construção de conhecimento baseado em evidências, os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) estão preparados para enfrentar os desafios da saúde e garantir o bem-estar das famílias (Freitas, 2015; Macedo, 2016). Aliás, a evidência científica é especialmente relevante em contextos complexos e dinâmicos, como os da enfermagem de saúde familiar, sendo essencial para a tomada de decisão clínica em enfermagem, já que permite fundamentar intervenções, avaliar os resultados e promover a qualidade dos cuidados (Queirós, et al., 2015).

Ao longo do estágio observou-se a interação positiva entre os enfermeiros e as famílias, verificando-se a existência de um impacto significativo da participação da família nos cuidados de saúde. Acreditou-se que alguns dos fatores que se consideram associados às atitudes dos enfermeiros em relação à família possam ser: a formação académica e profissional, a experiência clínica, o contexto de trabalho, as crenças pessoais e os valores culturais. Neste âmbito, surgiu o interesse em analisar a relação entre a formação em enfermagem de saúde familiar e as atitudes dos enfermeiros em relação à inclusão da família nos cuidados. Realizou-se uma investigação de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal, norteado pela questão de investigação “Qual a relação entre a formação em enfermagem de saúde familiar e a perceção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação

da família nos cuidados?”, tendo como objetivo principal analisar a relação entre a formação em enfermagem de saúde familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados.

O presente estudo pretende contribuir para o aumento do conhecimento na área da enfermagem de saúde familiar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às famílias, sensibilizando os enfermeiros para a importância da integração da família na prestação de cuidados.

Este relatório foi estruturado em três capítulos: (i) análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências ao longo do estágio realizado; (ii) estudo empírico, onde se encontra documentado o percurso da investigação e a apresentação e discussão de resultados obtidos; (iii) reflexão global sobre o relatório apresentado.

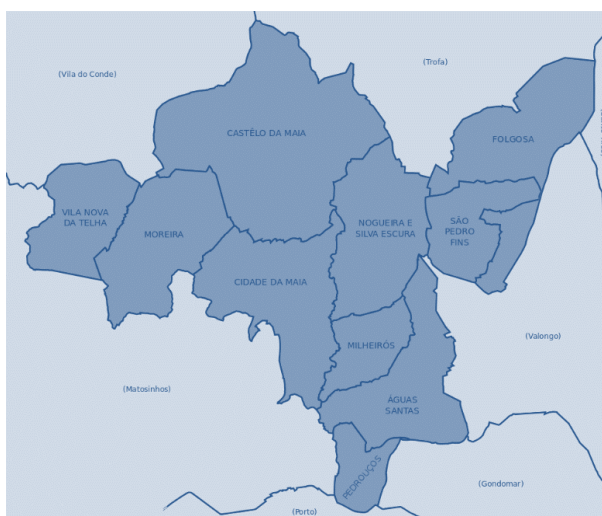
**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA
DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Para a conclusão da Unidade Curricular, realizou-se um estágio de natureza profissional, entre 2 de outubro de 2023 e 22 de março de 2024, numa USF da região Norte, localizada no município da Maia. O estágio foi supervisionado pela Enfermeira, Mestre e Especialista Dora Margarida Ribeiro Machado, sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás.

A cidade da Maia, situada na região Norte, distrito do Porto, resultou da fusão das antigas freguesias da Maia, Vermoim e Gueifães em 2013. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), atualmente o município da Maia é composto por 10 freguesias e possui uma população de 134.959 habitantes, sendo 64.067 (47,47%) do sexo masculino e 70.892 (52,53%) do sexo feminino. Reconhecido como um dos municípios mais desenvolvidos do país, a Maia faz fronteira a norte com os municípios da Trofa e de Santo Tirso, a leste com Valongo, a sudeste com Gondomar, a sul com o Porto, a sudoeste com Matosinhos e a Noroeste com Vila do Conde, como se pode verificar na figura 1.

Figura 1 - Mapa município da Maia



Fonte: <http://jfmilheiros.pt/>

A USF onde decorreu o estágio é uma unidade de saúde familiar modelo B, inaugurada a 27 de julho de 2009, funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, e conta com uma equipa composta por 7 enfermeiros, 7 médicos e 5 secretários clínicos. Oferece cuidados de saúde aos seus utentes em colaboração com o Serviço Social, a Unidade de Saúde

Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Durante o horário de funcionamento, a consulta aberta está disponível para situações agudas. Quando a unidade está encerrada, os utentes podem recorrer ao Serviço de Atendimento Complementar (SAC) durante os fins de semana e feriados, ou em caso de urgência, devem contactar a Linha de Saúde 24 ou dirigir-se ao Centro Hospitalar Universitário de São João.

No momento do estágio, estavam inscritos na USF 12666 utentes, sendo 5885 homens e 6781 mulheres, consoante se pode verificar na Tabela 1.

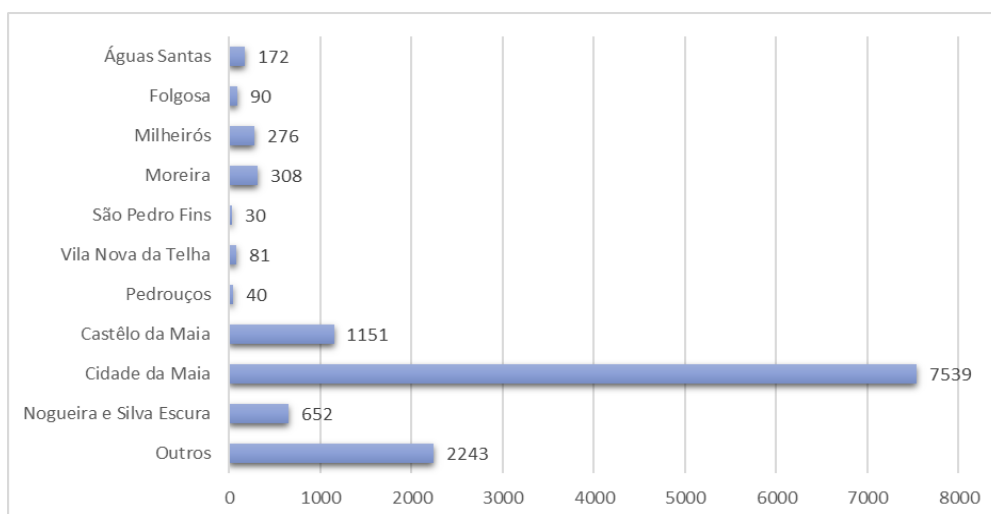
Tabela 1 - Distribuição da população da USF por grupo etário e sexo

Grupo etário	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
>= 0 e < 7 Anos	320	336	656
>= 7 e < 65 Anos	4572	5151	9723
>= 65 e < 75 Anos	537	669	1206
>= 75 Anos	456	625	1081
Total	5885	6781	12666

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10030/1131673/Pages/default.aspx>

Os utentes inscritos na USF residem em diversos municípios do distrito do Porto, distribuídos pelas freguesias de acordo com o gráfico 1, destacando-se a Cidade da Maia como a mais representativa.

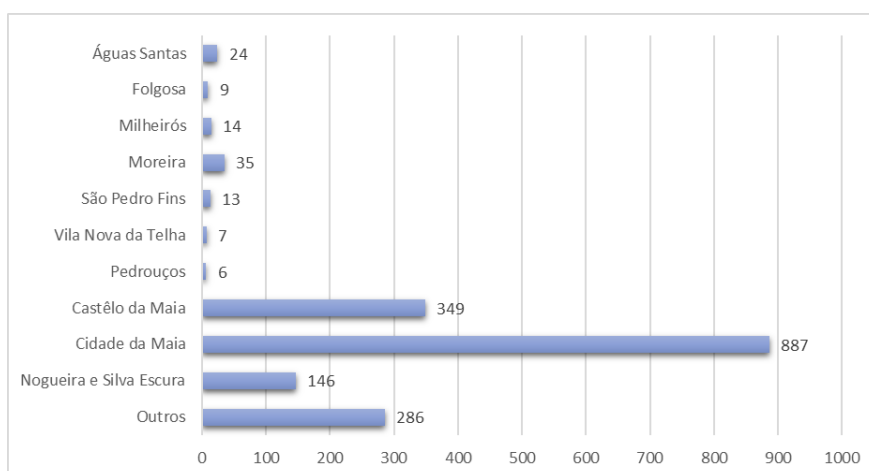
Gráfico 1 - Distribuição da população da USF por freguesia da Maia



Fonte: MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) 01/2024

A maioria dos utentes inscritos na lista da enfermeira tutora residiam na Cidade da Maia, como apresentado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição da população da USF pela lista de Enfermeira tutora e por localidades da freguesia da Maia



Fonte: MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) 01/2024

A pirâmide quinquenal representada no gráfico 3, apresenta a população da lista de utentes atribuída, referente ao ano 2023, segundo a plataforma do mim@uf®.

Gráfico 3 - Pirâmide Etária Quinquenal



Fonte: <https://mimuf-norte.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>

É também possível verificar que a lista era composta por 1.828 utentes, sendo 53,4% mulheres e 46,6% homens. A maioria (63,9%) eram adultos, 20% eram idosos e 18% eram crianças/jovens.

A distribuição por programas de saúde apresentava-se da seguinte forma: 385 utentes diagnosticados com hipertensão arterial; 168 utentes diagnosticados com diabetes mellitus; 5 utentes integravam o programa de saúde materna; 46 utentes tinham atribuído o programa de tratamento de feridas; 541 utentes inseriam-se no programa de planeamento familiar; 5 utentes integravam o programa de puerpério; 247 utentes faziam parte do programa de rastreio oncológico; 232 utentes integravam o programa de risco cardiovascular; 3 utentes faziam parte do programa de saúde mental; 3 utentes faziam parte do programa de prevenção do tabagismo; 3 utentes tinham o programa hipocoagulados atribuído; 5 utentes encontravam-se no programa de ostomias; e 6 utentes tinham atribuído o programa de acompanhamento de doentes com tuberculose. De referir que 124 (0,97%) dos inscritos apresentavam dependência nos autocuidados.

Tendo em consideração a evolução legislativa e organizacional dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal e conforme estabelecido pelo Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, as USF e as Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) destacam-se como serviços que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a indivíduos e famílias. Estes diplomas legais constituem, assim, marcos importantes na evolução dos CSP em Portugal, garantindo uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, centrada nas pessoas e nas famílias com o objetivo de promover a autonomia e a responsabilização dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

O modelo das USF implementado em Portugal, em 2005, como parte da reforma dos cuidados de saúde primários, implicou um novo enquadramento profissional para os enfermeiros que atuam nesta área. Com esta reforma surgiu a figura do Enfermeiro de Família para o qual, embora à época sem enquadramento legal, estava prevista a competência da prestação de cuidados globais e personalizados a um grupo limitado de famílias, acompanhando-as em todos os processos de vida e nos vários contextos da comunidade.

O Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, definia o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF). Contudo, em 2014 o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, estabeleceu os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários. Posteriormente, com a publicação do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, que regula as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária nas áreas de Saúde Pública e de Enfermagem de Saúde Familiar, os regulamentos 126/2011, de 18 de fevereiro, e 128/2011, de 1 de abril, foram revogados. Desta forma, deixa de existir a figura do enfermeiro de família, para passar a estar enquadrado legalmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF). Que, aliás, de acordo com o artigo 7º do Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, deverá ser o título que todos os enfermeiros que integram as USF devem deter.

Acordando com o regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140, 2019, de 6 de fevereiro), o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF) delineou os seguintes objetivos para a UC:

- desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade;
- gerir cuidados e desenvolver aprendizagens profissionais;
- cuidar da família como uma unidade de cuidados;
- prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família, capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

Tem como finalidade obter e desenvolver as competências do **EEECESF** determinadas pela OE (Regulamento n.º 428, 2018, de 16 de julho):

- Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Neste contexto o processo reflexivo acerca do desenvolvimento das competências de EEECESF torna-se indispensável para assegurar que a prática seja pautada por elevados padrões de qualidade.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A transição do modelo de funcionamento do ACeS para a ULS representou uma transformação profunda na organização e gestão dos cuidados de saúde primários. Embora este processo tenha sido concebido com o objetivo de promover uma maior integração e articulação entre os diferentes níveis de cuidados, na prática trouxe consigo um conjunto de desafios organizacionais significativos, nomeadamente no contexto da USF onde se realizou o estágio.

A complexidade da gestão na nova ULS foi um grande desafio inicial. A centralização, novas funções e hierarquias causaram confusão e resistência, travando processos e aumentando a burocracia. A comunicação falha e as diretrizes variáveis geraram incerteza operacional. Apesar destes obstáculos, o processo de adaptação à nova realidade organizacional proporcionou oportunidades para o desenvolvimento de competências profissionais. A necessidade de encontrar soluções em contextos adversos, de lidar com a incerteza e de colaborar com diversas equipas multidisciplinares exigiu um esforço contínuo de resiliência, comunicação e gestão de conflitos. Este ambiente desafiador impulsionou o desenvolvimento de competências, como a capacidade de trabalho em equipa, a autonomia na tomada de decisão e a flexibilidade perante mudanças estruturais.

A experiência de trabalhar num contexto fisicamente limitado e organizacionalmente instável teve, assim, um impacto ambivalente durante o estágio. Por um lado, dificultou o desempenho diário e gerou momentos de frustração; por outro, estimulou a capacidade de adaptação e reforçou competências essenciais para a prática clínica num sistema de saúde em constante transformação. Esta vivência permitiu compreender, de forma prática e concreta, os desafios da gestão em saúde e a importância da proatividade e do espírito crítico na procura de soluções viáveis e sustentáveis.

Considerando os desafios do estágio, torna-se fundamental refletir sobre o desenvolvimento de competências do perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar. O Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, estabelece que todos os enfermeiros especialistas partilham conhecimentos, aptidões e capacidades transversais a diversos contextos e níveis de prevenção. Nesse sentido, espera-se que demonstrem competências em quatro domínios essenciais: responsabilidade profissional,

ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e aprendizagem profissional.

Procurando responder aos objetivos do estágio, será realizada uma reflexão sobre as competências comuns e específicas do EEECESF desenvolvidas ao longo do mesmo.

Competências comuns ao enfermeiro especialista:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal:** preconizou-se um cuidado holístico ao utente e à família, procurando uma participação ativa dos mesmos durante o processo de tomada de decisão dos cuidados, garantindo desta forma um atendimento individualizado e de qualidade. Além disso, seguindo os princípios da deontologia profissional, durante as consultas foram respeitados os direitos, valores e crenças do utente e da família, assegurando a confidencialidade das informações recolhidas e o consentimento informado, livre e esclarecido.

- **Melhoria contínua da qualidade:** o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados basearam-se nas evidências mais recentes, nos procedimentos e orientações da USF Pirâmides, tais como o manual de boas práticas e o manual de procedimentos. A importância da partilha de informação e conhecimento, potenciada ao longo do estágio, contribuiu para a criação do Grupo de Comunicação CSP Maia e Valongo, juntamente com a Enfermeira tutora. Este tinha como missão a promoção de uma comunicação eficaz e colaborativa entre os diferentes profissionais, traduzindo-se em ganhos quer para os profissionais, quer para os utentes da Maia e Valongo. Teve-se ainda a oportunidade, durante o estágio, de promover a cultura do conhecimento e aprendizagem através das sessões mensais promovidas por este grupo, durante as quais os profissionais apresentavam boas práticas realizadas nas unidades e partilhavam projetos e temas científicos que considerassem pertinentes.

- **Gestão de cuidados:** os planos de cuidados apresentados tiveram por base a prioridade das necessidades da família e os recursos disponíveis, permitindo uma gestão de tempo e recursos eficaz. Não raras vezes, também foram referenciados utentes e famílias para outros profissionais e equipas de cuidados, procurando dar respostas adequadas às suas necessidades em diferentes níveis de cuidados.

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:** durante o estágio houve oportunidade para aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do mestrado, potenciando uma prática efetiva de enfermagem de saúde familiar, nomeadamente através da realização de consultas de âmbito familiar. As consultas realizadas às famílias durante o estágio puseram em evidência a complexidade das dinâmicas familiares e a importância de uma abordagem centrada na família. Por exemplo, numa consulta com uma família composta por um casal idoso e um neto adolescente sob a sua guarda, utilizaram-se as competências de avaliação e intervenção familiar aprendidas durante o mestrado para identificar quais os fatores de risco e as necessidades específicas de cada membro da família. Com base nos conceitos de comunicação terapêutica e educação para a saúde, elaborou-se um plano de cuidados que abordou, quer a gestão de doenças crónicas dos avós (ambos hipertensos), quer o apoio emocional ao adolescente (dificuldade na integração escolar) e estratégias para melhorar a comunicação familiar. Durante as consultas subsequentes, avaliaram-se os resultados obtidos, ajustando as intervenções conforme necessário. Este processo reforçou a capacidade de adaptação da prática de enfermagem ao contexto familiar, promovendo uma abordagem integrada e personalizada, alinhada com as competências avançadas em saúde familiar.

Além disso, reconhecendo a importância da formação contínua para a atualização de conhecimentos, participou-se em atividades de formação, entre as quais se destacam o “V Congresso Internacional *“Silver Economy”* realizado a 28, 29 e 30 de Novembro de 2024, “Criança e Jovem em Situação de Especial Complexidade: Realidade(s) e Desafios na Investigação Nacional e Internacional”, que se realizou no dia 14 de março de 2024, “I Encontro Internacional de Investigação Aplicada em Gerontologia e II Seminário Gerontológico”, realizado em 6 e 7 de junho de 2024, diversas formações da Ordem dos Enfermeiros “Enfermagem às Quintas” realizados durante os meses de setembro e outubro de 2024 e seminários realizados no âmbito do mestrado tais como “Saúde Familiar: Enfermagem Baseada na evidência e a competência Emocional”, realizado em 22 de março de 2024, “Ontologia”, realizado em 12 de abril de 2024, “Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar: do processo ao valor”, ministrado em 2 de maio de 2024; “O desenho infantil na avaliação”, realizado em 4 de maio de 2024), e “Envelhecimento

ativo e saudável: desafios para a enfermagem de saúde familiar/CSP, RNCCI, estatuto do cuidador informal, integração de cuidados, ministrado em 19 de maio de 2024.

No âmbito da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e segundo o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, desenvolveram-se as seguintes competências específicas:

- Cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção:

Durante as consultas de enfermagem e tendo em conta os diferentes Programas Nacionais de Saúde, procurou-se prestar cuidados às famílias ao longo do ciclo vital, de modo a estabelecer relações terapêuticas com os utentes e as suas famílias, com o intuito de dar resposta às suas necessidades e auxiliar na melhoria do seu estado de saúde. Como exemplos podem referir-se a visita domiciliária, que permitiu criar uma relação de proximidade com a família e delinear um plano de cuidados em parceria com a mesma, e a consulta ao utente com diabetes, que, sempre que possível, foi realizada em conjunto com o cônjuge, de modo a envolver a família nos cuidados, dado que, quando há necessidade de mudar hábitos, como a alimentação e a gestão do regime medicamentoso, é imprescindível que todos os elementos possuam a informação que lhes permitam participar/ajudar no processo de mudança.

Ao procurar estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas, foi adotada uma abordagem onde se privilegiou a disponibilidade e proximidade de forma a responder às suas necessidades. Exemplo disso mesmo são as visitas domiciliárias realizadas a famílias com um membro dependente, com o objetivo de intervir na promoção e na recuperação do bem-estar da família e dos seus membros, através do diálogo, baseado na relação de ajuda, no respeito e na escuta ativa. Houve oportunidade de realizar ainda visita domiciliária a famílias vulneráveis de forma preventiva, com o intuito de acompanhar o progresso da família e fornecer orientações, garantindo que as suas necessidades eram suprimidas através de ensinamentos ou do esclarecimento de dúvidas, possibilitando uma transição saúde/doença com um menor impacto familiar.

Neste âmbito, estimulou-se a família a participar ativamente no planeamento e execução dos cuidados, envolvendo todos os membros nas decisões sobre mudanças de hábitos. Como exemplo, pode referir-se à negociação de planos alimentares, em que foram ouvidas as expectativas e dificuldades de cada um e definidas em conjunto metas alcançáveis, sempre com respeito pelas preferências e limitações de cada membro.

Outro exemplo de inclusão familiar nas consultas foi a realização de uma consulta a um utente recentemente diagnosticado com diabetes. Durante a mesma, tentou compreender-se hábitos e tarefas dos diferentes elementos familiares, de modo a conseguir um plano de cuidados adaptado às necessidades, forças e fraquezas do indivíduo e da família.

Já no âmbito do processo familiar, colheram-se os **dados pertinentes para a avaliação do estado de saúde da família**, nomeadamente sobre o histórico familiar e hereditário, com recurso ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Tiveram-se em conta as respostas do utente e família, a comunicação verbal e não verbal dos mesmos e as crenças e cultura familiares, por forma a minimizar o impacto da doença na saúde familiar e individual de cada membro.

Respeitando a individualidade de cada família e a sua singularidade, **monitorizou-se as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas, tendo em conta a importância do bem-estar familiar para a sua coesão**, analisou-se o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, tendo em conta o seu estado atual de saúde, e os padrões de resposta em situações complexas. Para tal, mobilizaram-se conhecimentos, considerando que as diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual e as crenças culturais e espirituais, são influenciadas pelos diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas, o que influencia o estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente, requerendo uma avaliação contínua dessa interação dinâmica.

Desenvolveu a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica: Teve a oportunidade de presidir ao 2.º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Maia/Valongo, realizado em 21 e 22 de setembro de 2023, e 3.º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, Maia/Valongo, ULS S. João, realizado em 27 de setembro de 2024, participando na organização dos mesmos. Além disso, tal como referido anteriormente, foi membro fundador do Grupo de

Comunicação CSP Maia/Valongo, que tinha como objetivo principal facilitar a partilha de conhecimentos, boas práticas e procedimentos entre as diferentes unidades, nomeadamente através da promoção de comunicações orais mensais por diferentes elementos que integrassem as unidades da Maia e de Valongo. Ainda no âmbito do trabalho deste grupo, trimestralmente, era elaborada uma newsletter digital, com a divulgação de informações diversificadas, relacionadas com os profissionais, unidades e serviços da Maia e Valongo.

Intervio de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família em situações complexas, nomeadamente ao promover, nas consultas de enfermagem, o diálogo com a família, facilitando a consecução dos seus objetivos juntamente com os do utente e a sua família. Nesse âmbito promoveu consultas em família para utentes com diagnósticos recentes que implicavam alteração de estilos de vida e de hábitos de saúde. Ao longo do estágio, avaliou as intervenções implementadas e ajustou as mesmas de acordo com as necessidades evidenciadas.

Por forma a facilitar **a resposta da família em situação de transição complexa**, no caso de um diagnóstico recente de cancro promoveu-se a partilha da história familiar, através de entrevistas motivacionais. Durante as mesmas, identificaram-se as forças familiares e as oportunidades de melhoria e as dinâmicas individuais e familiares, que pudessem influenciar a mudança, de modo a ajudar a família a implementar novas estratégias para alcançar os seus objetivos e a mobilizar os recursos necessários para dar resposta às suas necessidades de saúde. Além disso, deu-se feedback à família, enfatizando os pontos fortes e discutindo o seu progresso, promovendo o alcance dos objetivos delineados. A documentação do processo de enfermagem foi realizada no SClínico®, contudo, este sistema informático não está parametrizado de modo a permitir o registo completo da informação recolhida numa consulta de avaliação familiar, pelo que foi necessário recorrer a notas de enfermagem para documentar o que foi realizado.

Procurando **envolver-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar**, ao longo do estágio foi fundamental a discussão da prática clínica com a tutora, tendo em conta a família como unidade de cuidados. Realizaram-se autoavaliações e revisões de desempenho, colheu-se feedback das famílias acompanhadas e utilizou-se essa informação para identificar áreas de melhoria e de ajuste, de modo a prestar cuidados

de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados. As formações realizadas no âmbito do mestrado promoveram o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo.

Com os colegas da equipa, compartilharam-se análises críticas sobre a consulta à família como unidade de cuidados, sugerindo-se a alteração da estrutura das consultas, com o objetivo de contribuir para a melhoria da prática, encorajando a troca de ideias e soluções criativas e procurando soluções integradas e eficazes, com a equipa de enfermagem, para os problemas apresentados pelas famílias, garantindo um cuidado coordenado e abrangente.

Formalizou a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem, através da realização de entrevistas, garantindo que a relação enfermeiro/família era fortalecida e que as expectativas da família eram atendidas. Exemplificando: após a implementação de um plano de cuidados a um membro idoso, houve uma reunião com a família para avaliar a sua satisfação com os serviços e discutir possíveis melhorias; numa outra família, cujo objetivo era melhorar a gestão da diabetes de um dos seus membros, para avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares, realizaram-se avaliações regulares, verificando-se periodicamente a adesão aos planos medicamentoso, alimentar e de exercício e fazendo ajustes conforme necessário para garantir que os objetivos traçados eram atingidos.

- Liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem saúde familiar:

Como elemento da equipa multidisciplinar, articulou-se com **outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.** Como referido anteriormente, promoveu-se a colaboração interdisciplinar entre as diferentes equipas de saúde, no que se refere aos cuidados de saúde à família, e articulou-se com outras equipas de saúde, referenciando utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, quer pela necessidade de tratamentos diários, quer para reabilitação. Teve-se também a oportunidade de partilhar conhecimentos e experiências com os membros da equipa para a melhoria dos resultados dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Durante a realização da UC, **geriu-se o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção**, sendo o empenho reconhecido e que se traduziu num convite para a realização da apresentação de uma comunicação oral na 3.^a Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica da ULS São João, que teve lugar no dia 15 de maio de 2024. Foi ainda possível realizar uma apresentação e um resumo sobre a “Importância da participação da família nos cuidados de saúde: atitudes dos enfermeiros em diferentes contextos de trabalho” nas III Jornadas Internacionais de Saúde Pública, que decorreram nos dias 6 e 7 de junho de 2024.

Considerando este contexto, é possível afirmar que a ponte entre a teoria e a prática foi consolidada, considerando-se atingidos os objetivos delineados para a UC.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Considerando o desenvolvimento da literatura e a implementação de políticas de saúde em Portugal, a importância da família nos CSP tem sido cada vez mais valorizada (Silva, et al., 2013).

Efetivamente, para responder às novas necessidades de saúde, é necessário a aplicação de um modelo que se centre na família, onde os problemas individuais são analisados no âmbito familiar e social e onde todos os membros da família contribuem para o processo de cuidados (Barbosa et al., 2012). Pusa et al., (2019) referem que a maioria dos enfermeiros não tem formação na área da enfermagem de saúde familiar, pelo que, como referem Svavarsdottir et al., (2018), é necessária a implementação de processos formativos que conduzam ao desenvolvimento e atualização dos profissionais convergindo todas estas necessidades para a melhoria da prestação de cuidados. Também Figueiredo et al., (2020) defendem que os processos formativos desenvolvidos com os enfermeiros, nesta área, são escassos, tal como o conhecimento sobre o impacto da formação, nas perceções dos mesmos sobre as mudanças das suas práticas com as famílias. Araújo (2010) acrescenta que se deve considerar a importância da integração das famílias durante a prestação dos cuidados para a melhoria da qualidade da intervenção de enfermagem, a qual depende da formação e das atitudes dos enfermeiros.

O estudo empírico baseia-se na observação e na experimentação dos fenómenos reais permitindo testar hipóteses e gerar evidências que possam sustentar ou refutar as teorias científicas (Silva, 2023).

Considerando o supramencionado, a formação em ECESF poderá potenciar a inclusão das famílias no processo de cuidados. Face a esta reflexão, surgiu a seguinte questão de investigação: **“Qual a relação entre a formação em enfermagem de saúde familiar e a perceção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados?”**

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os CSP assumem um papel fundamental na promoção da saúde e bem-estar da população, sendo a porta de entrada para o Sistema Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2023). A Conferência Internacional de Alma-Ata definiu os CSP como a chave para alcançar um nível de saúde que permite uma vida social e economicamente produtiva (Organização Mundial da Saúde, 1978). Com a reforma do SNS de 2005, foram criadas as USF, unidades de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto). No ano seguinte, o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, estabeleceu o regime jurídico da criação, estruturação e funcionamento dos ACeS, que integraram as USF, as UCSP, as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Mais de 20 anos após a criação da primeira ULS, através do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho, que instituiu no município de Matosinhos uma experiência inovadora, o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, marca um passo significativo na modernização do SNS em Portugal, onde são extintos os ACeS e passam a existir apenas Unidades Locais de Saúde (ULS), com o objetivo de otimizar a gestão e melhorar a qualidade dos serviços prestados à população, através da integração dos hospitais e centros de saúde.

Os CSP têm sofrido uma evolução significativa nos últimos anos, com a criação das USF e das ULS. Essa transformação reflete a importância de oferecer cuidados que sejam integrados e centrados na pessoa e na família, o que torna o papel do enfermeiro especialista em ECESF cada vez mais relevante, porque possui diversas competências que lhe permitem uma abordagem holística e orientada para a promoção da saúde familiar. Além das competências comuns a todos os enfermeiros de cuidados gerais e especialistas, possui competências específicas na área de enfermagem de saúde familiar. Compete-lhe cuidar da família como unidade de cuidados, bem como de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. Cabe-lhe estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, prevenir doenças e controlar situações complexas. Entre as suas responsabilidades estão a colheita de dados pertinentes sobre o estado de saúde da família, monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e doença e desenvolver práticas baseadas em evidências científicas.

O enfermeiro especialista em ECESF intervém de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar familiar, facilitando a adaptação da família em situações de transição complexa e participa ativamente na prática de enfermagem de saúde familiar. Além disso, formaliza a monitorização e avaliação das respostas familiares às intervenções de enfermagem. Também é da sua competência liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, articulando-se com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e gerindo o sistema de cuidados de saúde familiar em todos os níveis de prevenção, conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho.

Segundo Relvas (2004), a família possui uma identidade única, baseada numa estrutura relacional complexa, na qual cada membro tem um papel fundamental, cujas funções e expectativas sociais definidas, são o fator diferenciador das demais. Por isso, a família não pode ser isolada do amplo sistema onde está inserida, nem pode ser ignorado o seu passado. Dessa forma, a família é fundamental para o indivíduo e para a sociedade (Rodrigues, 2013).

Considerando o exposto, é imprescindível que o EEECESF inclua as famílias nos seus planos de cuidados, tratando-as como unidades de cuidado, cuja abordagem possibilite o conhecimento da sua dinâmica, funcionalidade e processo de desenvolvimento. Esta prática específica deve ser voltada para a capacitação familiar, tendo em conta as transições vivenciadas ao longo do ciclo vital (Östlund, et al., 2015).

2.1. Família e Saúde Familiar

Considerando a temática do estudo, é importante clarificar que o conceito de família é complexo e multifacetado, com diversas definições e perspetivas. De acordo com Hanson (2005) a família pode ser composta por dois ou mais indivíduos que se relacionam entre si de forma significativa e que dependem a nível físico, emocional e económico. No entanto, o *International Council of Nurses* (ICN) esclarece que a família é um grupo ou unidade que funciona como um todo integrado, composto por indivíduos unidos por laços que vão além da consanguinidade, abrangendo afetos, emoções e vínculo (CIPE, 2015).

Figueiredo (2009) acrescenta que a família, enquanto sistema social, constitui um universo singular e único, composto por valores, crenças, conhecimentos e práticas, onde as relações interpessoais estão em constante transformação, moldadas por processos de construção que refletem a sua complexidade e multidimensionalidade. Em 2012, a mesma autora concebeu a família como uma unidade sistêmica com funções sociais e dotada de energia própria, com capacidade de auto-organização e adaptação aos diferentes desafios que enfrenta ao longo do tempo. Segundo Figueiredo (2009), a família distingue-se pela sua diversidade rica em valores, crenças e práticas, tornando-a única na sua essência.

A família desempenha um papel essencial na saúde e na doença dos seus membros, podendo ser uma fonte de apoio, proteção, educação, socialização, cuidado e desenvolvimento, mas também de conflito, tensão, violência, negligência e abandono (Figueiredo, 2012). A saúde dos seus membros influencia e é influenciada pela família, que é impactada pelas mudanças, crises, transições e eventos ao longo do ciclo vital familiar (Wright & Leahey, 2013). Deste modo, a família reflete um estado de equilíbrio dinâmico, vinculado à sua capacidade de se adaptar eficazmente às transformações decorrentes do ciclo de vida, pelo ambiente ou por desafios de saúde física ou mental. Esta adaptação está diretamente relacionada com a sua capacidade para desempenhar as suas funções de forma eficiente, demonstrando uma estrutura e organização flexíveis, e para estabelecer metas e fornecer os recursos necessários ao crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de todos os seus membros (Elsen, et al., 2001).

A Ordem dos Enfermeiros (2002), refere que a saúde, numa perspetiva individual, reflete um processo dinâmico e contínuo, em que a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no bem-estar físico, emocional, espiritual e cultural. Segundo Ferreira et al., (2020), os cuidados de enfermagem à família devem desenvolver-se numa relação terapêutica dinâmica, caracterizada pela promoção das potencialidades da família e pelo respeito à sua realidade. Este processo auxilia a família a compreender as suas forças e fraquezas, permitindo que se adapte à nova realidade imposta pela transição.

A saúde familiar é marcada por um conjunto de particularidades cujo objetivo é capacitar as famílias para melhorar a sua saúde. De acordo com Figueiredo (2012), Shivalli et al.,

(2015) e Kholifah et al., (2016), a saúde familiar está intrinsecamente ligada à saúde e à doença de cada membro, uma vez que essas condições afetam a funcionalidade da família.

Hanson (2005, pg. 7) define a saúde familiar como “(...) um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar”. Assim, a enfermagem de saúde familiar é um campo essencial, centrado no cuidado das necessidades das famílias dentro da prática de enfermagem. Esta abordagem pode ter diferentes focos, considerando a família como contexto, como um todo, como um sistema ou como componente da sociedade. Ao reconhecer a família como um sistema complexo e interdependente, a enfermagem de saúde familiar atua de forma proativa na promoção da saúde e bem-estar de todos os seus membros. Esta abordagem holística permite identificar e intervir nas necessidades específicas de cada família, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. A enfermagem de saúde familiar tem como foco os cuidados de enfermagem à família como um todo, sem esquecer os seus membros individualmente (Figueiredo, 2012; Shivalli, et al., 2015).

2.2. Enfermagem de Saúde Familiar

A Enfermagem de Saúde Familiar surge a partir de movimentos históricos como a Declaração de Alma-Ata (1978) e da Carta de Ottawa (1986). Mais do que uma área de atuação profissional, configura-se como uma filosofia de cuidado holístico e humanizado, que reconhece a família como núcleo central da saúde e do bem-estar (Martins et al., 2012).

O EEECESF atua como um agente de mudança na comunidade, como um elo entre o indivíduo, a família e o contexto onde se insere. A sua intervenção, deixa de ser centrada na doença, como preconizado no modelo biomédico enraizado, para cultivar o bem-estar integral da família.

O foco da ESF são os cuidados de enfermagem à família como um todo, sem esquecer os seus membros individualmente (Figueiredo, 2012). Compete ao EEECESF realizar a avaliação familiar, interagindo de maneira dinâmica e organizada com a família, negociar

intervenções personalizadas, identificar as necessidades familiares, verificar a existência de recursos na comunidade e promover a saúde de cada membro da família (Pereira et al., 2018). Essas intervenções visam superar obstáculos e promover ganhos em saúde familiar.

A relação de confiança e empatia entre o enfermeiro e a família é fundamental para o sucesso da ESF. Através de uma comunicação clara, aberta e respeitosa, constrói-se um espaço seguro para o diálogo, acolhimento e escuta ativa, permitindo que a família expresse as suas necessidades, dúvidas e sentimentos (Frade et al., 2021).

Com o passar dos anos, a ESF afirmou-se como uma especialidade com conhecimentos teórico-práticos distintos, sendo que a formação de enfermeiros especialistas nesta área aumentou significativamente. Este aumento está relacionado com o facto do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, da OE reconhecer as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária.

A ECESF destaca-se como uma área de atuação distinta, exigindo a prestação de cuidados de enfermagem próximos e personalizados, acompanhando as diversas fases do ciclo vital das famílias. Para tal, o enfermeiro necessita de uma visão holística e integradora da família como cliente dos cuidados, reconhecendo-a como um sistema em constante interação com a sociedade e os seus paradigmas familiares (Figueiredo et al., 2020). Essa atuação contribui para a redução de custos, otimização de recursos e melhor qualidade de vida da população (Pereira et al., 2018).

Reconhecendo que as intenções por si só não são suficientes para gerar os comportamentos desejados, acredita-se na eficácia de uma intervenção educativa para a promoção do desenvolvimento de comportamentos baseados em evidências na ESF (Bomar, 2004; Bowden & Jones, 2003; Figueiredo, 2009; Friedman; Hanson, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009). Duhamel et al., (2009), demonstram ainda que os enfermeiros necessitam de formação sobre a abordagem do sistema familiar e salientam os benefícios do desenvolvimento de competências sobre a entrevista familiar. Tal como referido no estudo de Fernandes, et. al., (2015), Wright & Leahey (2009) defendem também que qualquer que seja o contexto da prática de enfermagem, é

necessário o conhecimento sobre a dinâmica familiar, a teoria dos sistemas familiares, a pesquisa na família e a avaliação e intervenção familiares. A falta de clareza de conceitos pode constituir uma barreira para uma integração adequada da família nos cuidados de enfermagem (Segaric & Hall, 2005).

Apesar dos benefícios comprovados, a ESF ainda enfrenta desafios como a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento profissional e a necessidade de maior investimento em formação, capacitação pessoal, falta de tempo, espaço, recursos e formação específica, resistência ou desinteresse das famílias, diferenças culturais, linguísticas, religiosas ou éticas, tensões ou expectativas irreais, medo de perda de controlo, autonomia ou responsabilidade, preconceitos, estereótipos ou julgamentos negativos, e falta de confiança, comunicação ou colaboração (Frade et al., 2021). Outro desafio tem a ver com a componente relacional envolvida na abordagem sistémica do cuidado da família, tendo em conta que as crenças dos enfermeiros interferem com o seu papel durante o processo de cuidados (Duhamel & Dupuis, 2011). Duhamel et al., (2009) defendem que, para se conseguir ultrapassar os obstáculos, existe necessidade de formação específica dos enfermeiros sobre a abordagem do sistema familiar e o desenvolvimento de competências na realização da entrevista familiar.

A superação destes obstáculos exige um esforço conjunto tanto dos EEECESF, como dos gestores e da sociedade civil para fortalecer a especialidade e garantir o acesso a cuidados de saúde de excelência.

Algumas das teorias que dão suporte e através das quais se compreende melhor essa interação é a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria Sistémica. Nos pontos seguintes serão explicadas estas teorias, a sua aplicabilidade e as suas implicações para a ESF.

2.3. Teoria Geral dos Sistemas e Teoria Sistémica

Uma teoria baseia-se em um ou mais conceitos, apoiada por um modelo conceptual que pode incluir afirmações concretas e relações específicas entre dois ou mais conceitos (Fawcett et al., 2001). Meleis (2011) ressalta que as teorias de enfermagem são moldadas

por diferentes realidades, tendo em conta os interesses dos enfermeiros, o seu contexto sociocultural, a vivência pessoal do teórico e a sua formação académica.

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS), proposta por Von Bertalanffy (1959 e 1968), oferece um marco conceitual fundamental para a compreensão da dinâmica familiar. Um conceito fundamental na abordagem sistémica da família é o de limite do sistema (Whyte, 2005). Os sistemas são protegidos e diferenciados por limites, garantindo a autonomia e diferenciação do meio circundante (Barker, 2000). Nesta teoria, um sistema é compreendido como um conjunto de elementos que interagem entre si, sendo eles: aberto ou fechado. Ao conceber a família como um sistema aberto e interdependente, a TGS permite uma análise mais aprofundada das relações entre os seus membros e a influência do ambiente externo sobre todo o sistema familiar. Estas famílias demonstram uma recetividade a novas ideias, experiências e oportunidades, promovendo o desenvolvimento individual dos seus membros e fortalecendo os laços familiares. Essa abertura permite que a família se adapte às mudanças e evolua ao longo do tempo. Por outro lado, quando não se verifica a permuta com o meio externo, o sistema define-se como fechado; estas famílias tendem a resistir a mudanças e a manter uma estrutura rígida. A interação com o mundo exterior é limitada e qualquer alteração é vista como uma ameaça. Essa rigidez pode restringir o desenvolvimento individual dos membros e comprometer a saúde do sistema familiar. Destaca-se que essa resistência a mudanças pode ser um obstáculo para o crescimento e o bem-estar da família (Motta, 2008).

Os sistemas abertos têm três propriedades: totalidade, retroalimentação e equifinalidade. A totalidade refere-se às mudanças que ocorrem no sistema, quando qualquer parte se altera, enfatizando a unidade e conexão do sistema. A não-somatividade, ou seja, a ideia de que o todo é mais do que a soma das partes, é evidente em sistemas com retroalimentação, onde as ações de cada elemento influenciam e são influenciadas pelas demais, gerando um comportamento dinâmico e emergente (Machado et al., 2023). A equifinalidade relaciona-se com a capacidade dos sistemas abertos de alcançarem o mesmo resultado a partir de condições iniciais e com trajetórias distintas. Em outras palavras, resultados diferentes podem surgir de causas semelhantes (Caldas, 1993).

A TGS, defendida por Kaakinen et al., (2018), destaca-se como um referencial

fundamental na ESF. Esta teoria permite analisar os grupos sociais e o sistema geral, onde a comunicação é primordial entre os elementos da família, com o propósito de promover o equilíbrio, organização, regulação, diferenciação e complexidade.

A família é composta por vários subsistemas, também eles compostos de subsistemas individuais. A propriedade da totalidade permite compreender que a família é mais do que a soma de seus membros e que uma mudança num dos indivíduos pode afetar todo o sistema familiar. A família é capaz de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade e os comportamentos dos membros da família são compreendidos melhor tendo como base a causalidade circular, do que a linear (Wright & Leahey, 2013).

Esta teoria é uma lente interdisciplinar que permite analisar os sistemas de saúde como um todo, reconhecendo a interdependência entre os seus diversos componentes (Neuman, 2010). É um modelo que concebe a família como um sistema dinâmico em constante transformação, superando a visão estática tradicional (Kaakinen, et al., 2015). Esta visão holística auxilia os enfermeiros a desvendar uma estrutura complexa dos sistemas de saúde, identificando os pontos fortes, os fracos e as áreas suscetíveis de melhorias (Ferreira et al., 2020).

A compreensão da TGS permite aprofundar a análise da abordagem sistémica na família, orientando as intervenções na família e em cada membro, focando na promoção de projetos de saúde e na capacitação familiar (Johnson, 1980; Neuman, 2010). Friedemann (1993) foi a principal defensora da teoria sistémica, descrevendo a família como um sistema social que tem o objetivo de transmitir cultura aos seus membros. Kaakinen et al., (2010) aprofundaram essa visão, identificando a estabilidade, o crescimento, o controlo e a espiritualidade como elementos-chave na dinâmica familiar.

Alarcão (2002) e Relvas (2004), consideram a família como um sistema complexo e dinâmico, inserido numa realidade maior. Essa visão sistémica faz-nos olhar o sistema como um todo e uma parte de um todo que o envolve. Assim, a família pode ser entendida como um todo integrado e, ao mesmo tempo, como parte de um sistema mais amplo. Nesta perspetiva, a família apresenta uma dualidade interessante: é simultaneamente um todo completo e uma parte de um sistema maior (Alarcão, 2002; Wright & Leahey, 2002), ou seja, parte de um sistema e uma parte de um sistema maior que é a comunidade onde

está inserida e naturalmente integra subsistemas, que são em si mesmos outras totalidades (Hoffman, 2003). Compreender essa complexidade é fundamental para intervir de forma eficaz nas dinâmicas familiares e promover o bem-estar dos seus membros.

No âmbito do modelo sistémico, a saúde é compreendida sob a ótica do bem-estar familiar, integrando os processos de feedback contínuo. Essa dinâmica permite transformações na estrutura do sistema familiar, preservando a sua organização e promovendo um desenvolvimento natural ao longo do ciclo de vida (Alarcão, 2002). A abordagem sistémica no cuidado à família caracteriza-se pelo facto de pensar na família como sistema, fundamentada numa filosofia holística. Esta perspetiva propõe a compreensão do mundo considerando a sua complexidade inerente (Jones, 2004; Mathúna, 2004), onde a família é compreendida como um sistema complexo que opera em diferentes níveis. Segundo Dias (2011), essa estrutura hierárquica é composta por subsistemas, ou seja, sistemas menores que se interconectam dentro de um sistema familiar mais amplo. Cada subsistema possui as suas próprias regras e dinâmicas, influenciando o funcionamento geral da família. Neuman, (2010) acrescenta que o indivíduo dentro do contexto relacional da família, mantém a interdependência entre os seus membros e as suas necessidades.

Wright e Leahey (2009) salientam que o domínio do conhecimento em avaliação e intervenção familiar por parte dos enfermeiros contribui para o desenvolvimento de competências em entrevistas familiares. Contudo, é crucial distinguir os conhecimentos gerais daqueles adquiridos através de uma formação científica. Com uma avaliação familiar sistémica e colaborativa dos cuidados é promovida a exponenciação das forças, recursos e competências da família como um todo e dos seus membros individualmente, (Figueiredo et al., 2012) e é fortalecido o papel da família na promoção da saúde e em situações de risco, como apontado por Santos (2012). Esta abordagem capacita a família para prevenir e lidar com situações de disfuncionalidade, promovendo a autonomia e a resiliência dos seus membros (Ferreira et al., 2020).

As intervenções de enfermagem realizadas com a família têm como objetivo final ajudar as famílias a descobrir novas soluções e a reduzir o seu desgaste, emocional, físico e espiritual (Wright & Leahey, 2009). Essa área de atuação da enfermagem destaca-se

como fundamental para o cuidado integral à saúde familiar (Duhamel & Dupuis, 2011; Duhamel & Talbot, 2004). O pensamento sistémico é o pilar da ESF, destacando-se tanto no sistema familiar, quanto nos sistemas individuais, tendo como foco a interação e reciprocidade entre os membros da família (Friedman, 1998).

Conforme refere Rodrigues (2013), o EEECESF dedica-se a cada membro da família, estabelecendo uma relação de confiança que facilita o processo de mudança. O profissional avalia e intervém na família de forma sistémica, ajudando-a a adaptar-se aos processos de transição e à promoção da saúde dos seus membros (Figueiredo et al., 2020). O profissional desenvolve intervenções personalizadas considerando as características e necessidades específicas de cada família (Santos, 2012).

Embora o envolvimento das famílias nos cuidados de saúde seja crucial para a promoção do bem-estar, diversos estudos (Ferrito, 2019; Glacken & Chaney, 2020; Pereira & Guerra, 2018;) evidenciam desafios na implementação dessa prática. A resistência dos enfermeiros em integrar as famílias durante o processo de cuidados é um dos principais obstáculos a serem superados.

Santos (2012) refere no seu estudo que, a existência de um guia de boas práticas, não foi suficiente para despoletar e manter a prática de enfermagem de família. Os enfermeiros referiram que são vários os fatores que concorrem para a não inclusão das famílias nos planos de cuidados: sobrecarga de trabalho, dificuldades a nível económico e escassez de recursos humanos. Estes obstáculos no trabalho com as famílias foram também identificados por outros autores (Duhamel & Talbot, 2004; Wright & Leahey, 2009). Apesar dos obstáculos, Wright e Leahey, (2009) esclarecem que, mesmo com estas condicionantes, os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral de envolver as famílias nos cuidados de saúde, mesmo em contextos desafiadores.

Posto isto, a família configura-se como um parceiro essencial no processo de cuidar (Martins et al., 2012) e os enfermeiros, como principais responsáveis por esse cuidado, devem reconhecer e valorizar essa parceria. Através do desenvolvimento de atitudes positivas (Sousa et al., 2014) e da superação de desafios e barreiras (Frade et al., 2021), os enfermeiros podem fortalecer a relação com as famílias, promovendo um cuidado holístico, humanizado e de qualidade (Fernandes et al., 2015).

2.4. Atitudes dos Enfermeiros face à Família

Fishbein e Azjen (1975) foram pioneiros relativamente à criação da teoria da ação refletida, que procura prever e compreender as causas do comportamento dos indivíduos. Este modelo propõe que as atitudes são formadas por três componentes: cognitiva, afetiva e comportamental. A componente cognitiva refere-se às crenças e opiniões que temos sobre o objeto da atitude. A componente afetiva refere-se aos sentimentos e emoções que o objeto da atitude nos provoca. A componente comportamental refere-se às tendências de ação que temos em relação ao objeto da atitude.

Maio e Esses (2001) propuseram uma visão mais abrangente sobre as atitudes, definindo-as como estruturas mentais complexas que moldam a maneira como processamos informações e nos comportamos. Segundo esta perspetiva, a atitude pode ser entendida como uma predisposição individual que se transforma em reações emotivas, traduzindo-se em comportamentos (Fernandes et al., 2015; Sousa, 2011).

As atitudes dos profissionais em relação à família desempenham um papel crucial. Araújo (2010) destaca a importância da família como unidade de cuidados, valorizando a sua participação e colaboração num ambiente de confiança e respeito mútuo. A OE (2011) refere que os enfermeiros devem integrar a família no processo de cuidados, respeitando a sua singularidade, diversidade e autonomia.

As atitudes dos enfermeiros em relação à família podem afetar positiva ou negativamente os cuidados prestados, tanto aos indivíduos como às famílias (Oliveira, et al., 2011). Atitudes positivas dos enfermeiros, como as mencionadas acima, favorecem a criação de um ambiente de confiança e colaboração, essencial para o sucesso do processo de cuidar

(Oliveira & Dixe, 2021), contribuindo para a satisfação, adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, autonomia e resiliência familiar (Sousa et al., 2014). Por outro lado, atitudes negativas, como ignorar ou excluir a família, impor decisões, desvalorizar ou criticar, comunicar de forma inadequada, negligenciar as necessidades e expectativas e oferecer apoio insuficiente ou dificultar o acesso a recursos, podem gerar insatisfação, resistência, conflito, ansiedade, culpa, sobrecarga e desgaste familiar (Sousa et al., 2015).

A participação da família nos cuidados de saúde traz benefícios para todos os envolvidos, contribui para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação dos membros, além de aumentar a satisfação dos indivíduos, familiares e profissionais (Pereira et al., 2018).

Investir na formação adequada dos enfermeiros é fundamental para o desenvolvimento de atitudes positivas em relação à família. Essa formação deve prepará-los para a abordagem familiar, sensibilizando-os para a sua importância no processo de cuidar, capacitando-os com as competências necessárias para a intervenção familiar e estimulando a reflexão crítica e procurando melhorar a prática clínica (Sousa et al., 2016).

Com base no pressuposto da importância da inclusão das famílias na prática dos cuidados e da interação diária que os enfermeiros têm com as mesmas, considera-se pertinente avaliar as atitudes e práticas dos enfermeiros relativamente ao envolvimento das famílias na prestação de cuidados e compreender se a formação em ESF pode condicionar essas mesmas atitudes (Silva, et al., 2013).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Durante a fase metodológica, o investigador decide o desenho da sua investigação, definindo os métodos da mesma, que permitirão encontrar as respostas às questões de investigação ou às hipóteses propostas. Segundo Carmo e Ferreira (2018), a definição do tipo de estudo deve ser acompanhada pela identificação da população e pela escolha dos instrumentos de recolha de dados mais apropriados, garantindo a coerência metodológica do processo de investigação.

Neste capítulo apresenta-se e justifica-se cada etapa do processo metodológico utilizado no estudo.

3.1. Problemática e Objetivos

A família, antes vista como um mero suporte aos indivíduos, ganhou um novo ênfase no contexto de saúde. Atualmente, é reconhecida como um importante recurso para o enfermeiro, tendo um papel ativo na promoção do bem-estar e na recuperação dos seus membros e a sua presença é valorizada em ambientes de assistência à saúde. Esta nova perspetiva tem impulsionado a inclusão da família nos cuidados de saúde, valorizando a sua contribuição, tanto no âmbito emocional, quanto no da promoção de hábitos saudáveis dos seus membros (Rodrigues & Costa, 2013). Daí que a participação da família nos cuidados de enfermagem seja considerada uma estratégia fundamental para melhorar a qualidade, a eficácia e a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde (Figueiredo, 2012). No entanto, nem sempre os enfermeiros valorizam ou envolvem a família nos cuidados (Pires, 2016).

Neste sentido, a formação em ESF surge como um fator que pode influenciar as atitudes dos enfermeiros em relação à participação da família nos cuidados. Da presente reflexão surgiu a necessidade de compreender a perceção das atitudes dos enfermeiros perante as famílias durante a prestação de cuidados e se a formação em ESF está associada às mesmas.

O presente estudo tem como questão de investigação: **Qual a relação entre a formação em enfermagem de saúde familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados?**

Tem como **objetivo geral** analisar a relação entre a formação em enfermagem de saúde familiar e as atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados. E como **objetivos específicos**:

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros em estudo;
- b) Identificar a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados;
- c) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros, com a percepção das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados;
- d) Analisar a relação entre as variáveis profissionais dos enfermeiros, com a percepção das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família na prestação de cuidados;
- e) Analisar a relação entre a experiência pessoal dos enfermeiros num processo familiar com doença prolongada com a percepção das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família na prestação de cuidados.

Com o objetivo de direcionar o presente estudo e relacionar algumas variáveis, tendo por base a fundamentação teórica realizada, formulou-se um conjunto de hipóteses:

Hipótese 1 – Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e a percepção das suas atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados.

Hipótese 2 – Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis profissionais, dos enfermeiros e a percepção das suas atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados.

Hipótese 3 – Há relação estatisticamente significativa entre a formação em enfermagem de saúde familiar dos enfermeiros e a percepção das suas atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados.

Hipótese 4 – Há uma relação estatisticamente significativa entre a experiência anterior dos enfermeiros com familiares gravemente doentes e a percepção das suas atitudes em relação à importância que atribuem à participação da família nos cuidados.

3.2. Operacionalização das Variáveis

A transformação de conceitos em elementos observáveis e mensuráveis, conhecida como operacionalização de variáveis, é um passo crucial na pesquisa científica. Segundo Vilelas (2009), este processo envolve várias etapas, incluindo a definição precisa dos conceitos, a identificação das dimensões relevantes, a conversão destas dimensões em indicadores empíricos e a seleção de métodos de medição adequados. Fortin (2009) e Polit, Beck e Hungler (2004) também enfatizam a importância desta fase para garantir a precisão e a objetividade dos estudos.

No âmbito da investigação, uma variável representa uma característica ou atributo que pode assumir diferentes formas ao longo do tempo, servindo como a unidade fundamental de análise. Essencialmente, uma variável expressa uma qualidade, propriedade ou aspeto de indivíduos, objetos ou situações que está sujeita a mudanças ou variações temporais, sendo considerada a base da investigação (Fortin, 2009).

Neste estudo, são consideradas quatro categorias de variáveis: **variáveis sociodemográficas** (estado civil, sexo, região onde exerce funções e idade), **profissionais** (local de trabalho, categoria profissional, tempo de serviço profissional, tempo de serviço na categoria profissional e experiência em Cuidados de Saúde Primários), **de formação** (habilitações literárias, especialidade e formação ESF) e de **contexto familiar** (experiência como cuidador e apoio familiar).

Variáveis do estudo:

Variável de Formação:

- **Designação:** Formação em Enfermagem de Saúde Familiar
- **Definição conceptual:** Refere-se à qualificação académica e/ou pós-graduada em Enfermagem de Saúde Familiar, que fornece competências para atuação junto das famílias no âmbito dos cuidados de enfermagem.
- **Definição operacional:** Será medida através de perguntas diretas no questionário, como:
 - Tem formação específica em Enfermagem de Saúde Familiar?
(Sim/Não)
 - Tipo de formação: Pós-Graduação / Mestrado / Especialização / Outra

Variável de Investigação:

- **Designação:** Atitudes dos Enfermeiros relativas à Importância Atribuída à Participação da Família nos Cuidados.
- **Definição conceptual:** Refere-se às crenças, valores e predisposições dos enfermeiros em relação à integração da família no processo de cuidados ao utente.
- **Definição operacional:** Será medida com recurso a uma escala validada, como a *Family Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA)*, que avalia diferentes dimensões das atitudes dos profissionais:
 - Família como recurso no cuidado (Fam-RNC)
 - Família como parceiro no cuidado (Fam-CP)
 - Família como fardo (Fam-B)
 - Respostas em escala de Likert (por exemplo, de 1 – Discordo totalmente a 4 – Concordo totalmente)

A operacionalização da variável de investigação foi realizada através do preenchimento da segunda parte da escala que avalia as atitudes dos enfermeiros em relação à importância da família nos cuidados de enfermagem – "A Importância dos Enfermeiros

nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros" (IFCE-AE), versão portuguesa (Oliveira et al., 2011).

Estas variáveis permitirão a descrição da amostra e poderão ser analisadas como variáveis moderadoras ou controladas.

Será realizado, de seguida, um breve resumo referente à operacionalização e categorização das variáveis analisadas no estudo.

Tabela 2: Operacionalização e Categorização das Variáveis

Categoria	Variável	Tipo variável	Qualitativa ou Quantitativa	Tipo de questão	Definição operacional
Profissionais	Categoria profissional	Nominal politómica	Qualitativa	Fechada	Enfermeiro/ Enfermeiro Especialista/ Enfermeiro Gestor
	Experiência em cuidados de Saúde Primários	Nominal dicotómica	Qualitativa	Fechada	Sim /Não
	Tempo de serviço profissional	Contínua	Quantitativa	Aberta	Anos completos
	Tempo de serviço na categoria profissional	Contínua	Quantitativa	Aberta	Anos completos
	Local de Trabalho	Nominal	Qualitativa	Fechada	Unidade de Saúde Familiar (USF) / Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), etc.

Socio-demográficas					
	Estado civil	Nominal politómica	Qualitativa	Fechada	Solteiro Casado Divorciado/ Separado Viúvo União de facto
	Sexo	Nominal dicotómica	Qualitativa	Fechada	Feminino Masculino
	Região onde exerce funções	Nominal politómica	Qualitativa	Fechada	8 regiões
	Idade	Contínua	Quantitativa	Aberta	Anos completos
Formação	Habilitações literárias	Ordinal	Qualitativa	Fechada	Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento
	Especialidade	Nominal dicotómica	Qualitativa	Fechada Fechada	Sim Não Se sim, qual
	Formação em Enfermagem de Saúde Familiar	Nominal dicotómica	Qualitativa	Fechada Fechada	Sim Não Sim Não Se sim, qual Pós-Graduação / Mestrado / Doutoramento
Contexto familiar	Experiência como cuidador	Nominal dicotómica	Qualitativa	Fechada	Sim Não
	Apoio familiar	Nominal dicotómica	Qualitativa	Fechada	Sim Não

3.3. Tipo de Estudo

Optou-se por uma metodologia quantitativa, com um estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal.

A metodologia quantitativa caracteriza-se pela objetividade, recorrendo a dados mensuráveis e considerando os fenómenos como passíveis de serem analisados de forma independente do investigador, que deve manter-se neutro em relação ao objeto de estudo (Lakatos & Marconi, 2017). Esta metodologia expressa-se através de números, análise e classificação de informação com recurso a procedimentos e a técnicas estatísticas (Lessard-Hébert et al., 2008; Ribeiro, 2010; Vilelas, 2017), de forma a responder a questões, (quem, quanto, o quê, onde, quando e como), por análise de variáveis que permitam obter os resultados para a investigação (Apuke, 2017).

Neste estudo, como não se efetuou nenhuma intervenção na população alvo, realizou-se um estudo observacional. O recurso a um estudo observacional permitiu realizar a avaliação num momento temporal específico. O estudo descritivo-correlacional pretende explorar a relação entre as variáveis, realizando a análise descritiva das mesmas, sendo que a abordagem correlacional permitiu estabelecer relações entre as variáveis investigadas, o que possibilitou a formulação das hipóteses. Quanto à temporalidade, o estudo foi classificado como transversal, uma vez que a avaliação foi realizada em um momento temporal específico (Fortin, 2009).

3.4. População e Amostra

Após a escolha do desenho de investigação é importante definir a população uma vez que permite delimitar com precisão o tema de estudo e obter os dados junto de pessoas ou grupos homogéneos (Fortin, 2009).

Considerou-se como população todos os enfermeiros que exercem funções em Portugal, sendo a população acessível todos os enfermeiros da população alvo que se encontrem em situação ativa no momento de aplicação do instrumento de recolha de dados e aceitem participar no estudo. Optou-se pelo método de amostragem não probabilístico por

conveniência, amostragem por redes, também denominada amostragem “em bola de neve”, por se tratar de indivíduos facilmente acessíveis (Fortin, 2009). Os participantes iniciais foram incentivados a sugerir, a pedido do pesquisador, outros indivíduos que poderiam participar no estudo.

A vantagem deste método é que permite alcançar uma amostra maior dos enfermeiros que prestam cuidados em Portugal. Além disso, este método favorece a confiança e a colaboração dos participantes, que são indicados por pessoas conhecidas e que partilham as mesmas características ou experiências (Fortin, 2009). A desvantagem deste método é que pode introduzir um viés de seleção; os participantes podem não ser aleatórios ou independentes, mas sim influenciados pelas suas redes sociais ou profissionais (Pais Ribeiro, 2007).

Para minimizar esse risco, definiram-se critérios de inclusão e exclusão. Critérios de inclusão: ser enfermeiro, exercer funções como enfermeiro, trabalhar em Portugal. Recorreu-se a diferentes enfermeiros, conhecidos e não conhecidos para solicitar a divulgação do questionário, tentando desta forma que fosse disponibilizado pelos diferentes locais de trabalho a nível nacional. Critério de exclusão: ser licenciado em enfermagem, mas não exercer funções como enfermeiro.

Para realizar a amostragem por redes, iniciou-se o processo de recrutamento com um grupo de enfermeiros que os investigadores conheciam e também indicados por colegas ou professores. A estes enfermeiros, foi pedido que indicassem outros enfermeiros que se enquadrassem nos critérios de inclusão e que estivessem dispostos a participar no estudo. A cada novo participante, foi o mesmo pedido, até se atingir o tamanho da amostra desejado. Enviou-se ainda pedidos de colaboração para todas as ULS, ACeS e escolas de enfermagem, realizando ainda a partilha do questionário nas redes sociais. Para garantir a qualidade dos dados, explicou-se aos participantes o objetivo, a metodologia e a ética do estudo. Além disso, assegurou-se a confidencialidade e o anonimato dos dados, respeitando o direito dos participantes de não participarem no estudo ou poderem desistir em qualquer momento. Da estratégia utilizada recolheram-se 1007 respostas, tendo sido validadas 989 respostas.

3.5. Instrumentos de Recolha dos Dados

Entre os principais instrumentos de colheita de dados, destaca-se o questionário (Fortin, 2009). Recorreu-se a um questionário composto por 2 partes:

Parte I – Questionário sociodemográfico e profissional, concebido pela autora, que permitiu caracterizar a amostra, por abordagem de variáveis como sexo, idade, estado civil, local de trabalho, região onde exerce funções, categoria profissional, tempo de serviço profissional, tempo de serviço na categoria profissional, experiência em Cuidados de Saúde Primários, habilitações literárias, especialidade, formação em ESF, experiência como cuidador e apoio familiar (Apêndice A).

Parte II – Escala "Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros" (IFCE-AE)". Instrumento capaz de avaliar as dimensões das atitudes dos enfermeiros, sobre a importância do cuidado em colaboração com as famílias. Deriva do *Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA), desenvolvida na Suécia, em 2008, por enfermeiros e investigadores (Benzein et al., 2008), adaptada, traduzida e validada para a população portuguesa por Oliveira et al., (2009).

Trata-se de uma medida de autorrelato, constituída por 26 itens que contemplam três dimensões: (i) família como parceiro dialogante e recurso de coping - 12 itens (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25) - com o score variável entre 12 e 48; (ii) família como recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens (1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22) - com score variável entre 10 e 40; e (iii) família como um fardo - 4 itens (2, 8, 23 e 26) - com score variável entre 4 e 16. Apresenta-se sob a forma de uma Escala do tipo Likert de 4 pontos, variando entre discordo completamente (1) a concordo completamente (4) (Oliveira et al., 2011). A pontuação global da escala é realizada através da soma de cada item podendo variar entre 26 e 104. Verifica-se que quanto maior o score obtido nas duas primeiras dimensões e menor na terceira dimensão, mais atitudes de suporte são reveladas e mais importância é atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados prestados (Silva et al., 2013). Para facilitar a compreensão desta escala, apresentam-se as três dimensões distintas, onde são descritos os itens correspondentes para cada dimensão, juntamente com os indicadores de avaliação e os scores respetivos (Anexo A).

A consistência interna da escala foi examinada pelo coeficiente *alfa* (α) *de Cronbach*, que indica a fidelidade da escala. Este índice é obtido através da média das intercorrelações entre todos os itens da escala. De acordo com Ribeiro (2010), um valor de *alfa de Cronbach* superior a 0,80 indica que a escala tem uma boa consistência interna, sendo também aceitável valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número de itens muito baixo (Ribeiro, 2010). Neste estudo, as dimensões obtiveram um *alfa de Cronbach* que variou entre 0,67 e 0,89 e a escala total foi de 0,86. Este valor está próximo, tanto da escala original (Benzein et al., 2008a) como da adaptada, traduzida e validada para a população portuguesa (Oliveira et al., 2011), conforme evidenciado no Anexo B. De acordo com Almeida (2017), esses resultados demonstram uma confiabilidade de aceitável a boa.

3.6. Procedimento de Recolha de Dados e Considerações Éticas

A escolha dos procedimentos inerentes à recolha de dados está condicionada ao tipo de informação que é necessária para obter respostas ao problema da investigação. No presente estudo, foi elaborado um questionário, recorrendo à plataforma *Microsoft Forms*. O questionário foi partilhado por e-mail, para todos os enfermeiros conhecidos, todas as instituições pertencentes ao SNS, no sentido de colaborarem neste estudo; na folha de rosto foi explicado todo o procedimento de recolha de dados, acompanhado pelas respetivas instruções de preenchimento, objetivos do estudo e garantia de anonimato. Do mesmo modo, foram contactadas as escolas de enfermagem, solicitando a colaboração e partilha do estudo pelos estudantes que cumpriam os critérios de inclusão. A partilha do questionário foi também realizada através das redes sociais. O instrumento de recolha de dados ficou disponível de 5 de dezembro de 2023 até 1 de abril de 2024.

Fortin (1999) argumenta que toda a pesquisa com seres humanos envolve questões éticas e morais. A mesma autora refere então os cinco princípios básicos que devem constituir o pilar básico de uma investigação: (i) direito à intimidade; (ii) direito ao anonimato e confidencialidade; (iii) direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; (iv) direito a um tratamento justo e equitativo; e (v) direito à autodeterminação.

Durante a execução desta investigação e procurando respeitar os princípios acima referidos:

- Planificou-se e conduziu-se a investigação de acordo com as leis vigentes, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril que protege os Enfermeiros e a confidencialidade dos dados obtidos, e as regras do Código Deontológico de Enfermagem, particularmente os Artigos 75º, 76º, 79º, 85º e 86º;
- Garantiu-se a escolha livre e informada, preconizada na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, relativamente à investigação com seres humanos, de participação dos intervenientes, nomeadamente através da exposição dos objetivos de estudo na folha de rosto do questionário e da clarificação do carácter voluntário da participação dos mesmos (Apêndice A);
- Solicitou-se autorização formal aos autores da escala IFCE-AE para a sua utilização da escala (Apêndice B);
- Foi submetido um pedido formal à Comissão de Ética do IPB, para realização do estudo, que teve parecer favorável (Apêndice C);
- Garantiu-se a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, ao não solicitar informações pessoais dos inquiridos, nomeadamente o e-mail dos respondentes.

3.7. Procedimento de Análise de Dados

A análise dos dados obtidos, com a aplicação do questionário, organizou-se em duas fases: (i) descrição sistemática dos dados obtidos, recorrendo a tabelas; (ii) estatística inferencial e testagem de hipóteses (Almeida & Freire, 2000).

Para uma análise estatística descritiva dos dados obtidos, recorreu-se ao software de estatística, em suporte informático, R® versão 4.2.1.

O tratamento de dados será apresentado, subdividido em dois momentos distintos, sendo que o primeiro fará referência à caracterização da população e o segundo à análise dos componentes das escalas aplicadas, com recurso à análise descritiva e inferencial dos dados e aos testes não paramétricos. Utilizou-se uma análise descritiva, utilizando

frequências totais e relativas, médias e desvios padrão. As características dos participantes foram sumarizadas de acordo com as variáveis sociodemográficas (estado civil, sexo, região onde exerce funções e idade), profissionais (local de trabalho, categoria profissional, tempo de serviço profissional, tempo de serviço na categoria profissional e experiência em Cuidados de Saúde Primários) de formação (habilitações literárias, especialidade e formação ESF) e de contexto familiar (experiência como cuidador e apoio familiar).

As pontuações da escala total de IFCE-AE e as subescalas foram tratadas como escalares contínuas. Os valores em falta no instrumento foram substituídos por valores médios de itens, como sugerem os autores da versão original (Benzein et al., 2008b). Desta forma, e adotando as opções dos autores da escala original e dos autores que realizaram a validação portuguesa (Benzein et al., 2008b; Oliveira et al., 2009), optou-se pelo uso de estatística não paramétrica. Para tal, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos, em virtude da natureza ordinal dos dados da escala Likert e da violação da normalidade verificada pela aplicação do Teste de Shapiro-Wilk.

Assim, no estudo das diferenças entre dois grupos independentes usou-se o **teste de Mann Whitney (U)** (semelhante ao teste paramétrico Teste t de Student): este teste foi utilizado para comparar as respostas em variáveis com dois grupos, como a diferença nas atitudes entre sexos. O teste permite determinar se há diferenças significativas nas medianas das respostas entre os grupos.

Na comparação de três ou mais grupos, como a comparação das atitudes dos Enfermeiros entre categorias profissionais, recorreu-se ao **teste de Kruskal-Wallis (H)** semelhante ao teste paramétrico (ANOVA). O teste permite avaliar se há diferenças significativas nas medianas das respostas entre os grupos. Para identificar quais grupos apresentaram diferenças significativas no Teste de Kruskal-Wallis, usou-se o **Teste de Dunn**: este teste pos-hoc foi utilizado para identificar quais os grupos que apresentaram diferenças significativas no Teste de Kruskal-Wallis. Ou seja, o Teste de Dunn é frequentemente utilizado como um procedimento de comparações múltiplas após o Teste de Kruskal-Wallis, uma vez que o Teste de Kruskal-Wallis apenas indica se há pelo menos uma diferença significativa entre os grupos, mas não especifica quais grupos são diferentes

entre si. Portanto, o teste de Dunn é aplicado para realizar comparações múltiplas entre os grupos, identificando quais grupos têm diferenças estatisticamente significativas (Midway et al., 2020). O mesmo autor refere que o teste de Dunn compara todas as combinações possíveis de grupos e controla o erro do Tipo I, corrigindo os p-values para múltiplas comparações. Isso permite uma análise mais detalhada das diferenças entre os grupos, fornecendo informações adicionais sobre quais grupos específicos contribuem para as diferenças observadas no teste de Kruskal-Wallis.

O nível de significância (p) estatística, dado o intervalo de confiança de 95%, foi estabelecido em $p < 0,05$, valor comumente utilizado nas ciências humanas, sociais e da saúde. Assim, serão utilizados os valores de significância referidos por Pestana e Gageiro (2014). Os dados obtidos serão apresentados através de tabelas e gráficos.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se os resultados provenientes da aplicação do instrumento de colheita de dados, selecionado para dar resposta aos objetivos, questões de investigação e hipóteses da investigação.

Relativamente à estatística descritiva, utilizar-se-ão frequências absolutas e medidas descritivas básicas: médias e desvios padrão. Na estatística inferencial foram utilizados três testes não paramétricos: **Teste de Mann-Whitney U**, **Teste de Kruskal-Wallis**, **Teste de Dunn**.

Optou-se por testes não paramétricos devido à natureza ordinal dos dados colhidos através de escalas Likert. Estes testes não exigem a suposição de normalidade dos dados, tornando-os mais robustos e confiáveis para a análise de dados de pesquisa. A escolha de testes não paramétricos garante a robustez das inferências, mesmo na presença de violações das suposições dos testes paramétricos, como a normalidade dos dados.

As escalas Likert produzem dados ordinais, nos quais os valores representam uma ordem, mas a distância entre os valores pode não ser uniforme ou significativa, logo normalmente não seguem uma distribuição normal. Desta forma, os testes não paramétricos, como o Teste de Mann-Whitney U (2 grupos) e o teste de Kruskal-Wallis (3 ou mais grupos), não exigem pressupostos sobre a distribuição subjacente dos dados. Eles são mais robustos em relação a violações das suposições, tornando-os adequados para dados de escalas Likert. Podem-se consultar os resultados de todas as respostas do questionário na sua totalidade ou por dimensões no Anexo B.

Apresentam-se os resultados da análise estatística de forma clara, concisa e objetiva, utilizando tabelas, gráficos e figuras para facilitar a visualização e a compreensão. As interpretações dos dados serão cuidadosamente contextualizadas e relacionadas à literatura existente, com o objetivo de formular conclusões robustas e relevantes para a área de estudo. Irá aprofundar-se a análise dos resultados, discutindo as suas implicações para a área de estudo, as suas contribuições para o conhecimento científico e as suas potenciais aplicações práticas. As conclusões serão apresentadas de forma clara e concisa, destacando os pontos relevantes e as limitações da pesquisa.

1.1. Caracterização Sociodemográfica

Neste capítulo são apresentadas várias tabelas, uma inicial com o sumário de todos os resultados e as restantes tabelas divididas por contextos. Salienta-se que um participante não aceitou o consentimento informado e, dos 1007 (99,9%) que aceitaram, 18 (1,8%) não eram enfermeiros, motivo pelo qual foram excluídos das restantes análises. Assim sendo, as restantes tabelas e análises são referentes aos participantes que são enfermeiros - 989 (98,1%).

Os enfermeiros da amostra eram na sua maioria do sexo feminino, com idade média de 39,25 anos, sendo que o respondente mais jovem tinha 22 anos e o mais velho tinha 63 anos. A faixa etária com maior representatividade foi 41-50 anos, com 34,2%. Comparando estes dados com os disponibilizados pela OE, verifica-se que, da população total dos profissionais de enfermagem, 18.796 enfermeiros pertencem a este grupo etário, sendo o mais representativo em Portugal (OE, 2023). Quanto ao sexo, constatou-se que a maioria da população investigada é do sexo feminino - 845 respondentes - representando 85,4% dos inquiridos, enquanto o sexo masculino representa 14,6% do total da amostra (144). Maioritariamente são casados, 48,2% (477), sendo que solteiros representam 32,0% (316); união de facto corresponde a 12,1% (120); divorciado/separado totaliza 7,3% (72); e viúvo representa 0,4% (4). Tendo em consideração que em 2024 entrou em vigor uma nova divisão regional em Portugal, neste estudo as regiões foram agrupadas da seguinte forma, **Região Porto e Norte:** Viana do Castelo, Bragança, Braga, Vila Real e Porto; **Região Centro:** Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, Leiria, Castelo Branco; **Região de Lisboa:** Lisboa; **Região do Alentejo:** Santarém, Portalegre, Évora e Beja; **Península de Setúbal;** **Região do Algarve:** Faro; **Arquipélago dos Açores;** **Arquipélago da Madeira** (Pordata, 2024). A amostra inclui participantes que exercem funções em todas as regiões de Portugal. A região Norte tem a maior representatividade, com 58,2% das respostas, seguida pela região metropolitana de Lisboa, com 16,3%. A região Centro conta com 12,5% da amostra, enquanto o Alentejo representa 5,6%. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira contribuem com 4,8% e 0,2% da amostra, respetivamente. A Península de Setúbal e o Algarve totalizam 1,8% e 0,6%, respetivamente. A análise da Tabela 3 revela uma distribuição geográfica ampla dos participantes, com concentração na região Norte (58,2%).

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo o grupo etário, sexo, estado civil e região onde exerce funções

Variáveis	n	¹ n (%)	Média	DP
Idade	980		39,25	10,7
Não respondeu		9		
<=30		259 (26,4%)		
31-40		239 (24,4%)		
41-50		335 (34,2%)		
>=51		147 (15,0%)		
Sexo	989			
Feminino		845 (85,4%)		
Masculino		144 (14,6%)		
Estado civil	989			
Casado		477 (48,2%)		
Divorciado/ Separado		72 (7,3%)		
Solteiro		316 (32,0%)		
União de facto		120 (12,1%)		
Viúvo		4 (0,4%)		
Região em que exerce funções agrupado	989			
Arquipélago da Madeira		2 (0,2%)		
Arquipélago dos Açores		47 (4,8%)		
Região de Lisboa		161 (16,3%)		
Península de Setúbal		18 (1,8%)		
Região do Alentejo		55 (5,6%)		
Região Algarve		6 (0,6%)		
Região Centro		124 (12,5%)		
Região Porto e Norte		576 (58,2%)		

¹n (tamanho da amostra); % Percentagem

1.2. Caracterização Profissional da Amostra

Para realizar a caracterização profissional da amostra realizou-se uma análise descritiva, utilizando frequências totais e relativas, médias e desvios padrão. Os resultados são apresentados através de tabelas.

- **Caraterização da amostra segundo as habilitações literárias; o tempo de serviço profissional; categoria profissional e tempo de serviço profissional na categoria**

A análise da Tabela 4 revela que a maioria dos enfermeiros participantes (74,8%) possui licenciatura. Quanto à categoria profissional, na sua maioria, são Enfermeiros (63,5%). Em relação ao tempo de serviço profissional, observa-se que 36,3% (359) dos participantes possuem entre 11 e 20 anos de experiência. Quanto ao tempo de serviço na categoria profissional, após a exclusão de nove respostas com valores incorretos, constatou-se que a maioria - 33,7% (333) - dos enfermeiros possuem entre 11 e 20 anos.

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo as habilitações literárias, tempo de serviço, categoria profissional e tempo de serviço na categoria profissional

Variáveis	n	¹ n (%)	Média	DP
Habilitações literárias	989			
Bacharelato		6 (0,6%)		
Licenciatura		740 (74,8%)		
Mestrado		236 (23,9%)		
Doutoramento		7 (0,7%)		
Tempo de serviço profissional	988		16,1	10,6
Não respondeu		1		
<=10		136 (13,8%)		
11-20		359 (36,3%)		
21-30		285 (28,8%)		
>=30		208 (21,1%)		
Categoria profissional	989			
Enfermeiro		628 (63,5%)		
Enfermeiro Especialista		331 (33,5%)		
Enfermeiro Gestor		30 (3,0%)		
Tempo de serviço na categoria profissional	989		11,3	9,5
<=10		187 (18,9%)		
11-20		333 (33,7%)		
21-30		199 (20,1%)		
>=30		270 (27,3%)		

¹ n (tamanho da amostra); % Percentagem

- **Caraterização da amostra segundo as especialidades**

A Tabela 5 apresenta as nove especialidades com maior número de respostas, facilitando a análise dos resultados. A tabela completa com todas as especialidades encontra-se no Anexo K.

Dos enfermeiros participantes, 43,3% (428) possuem especialidade. As áreas de especialidade com maior destaque são: Enfermagem de Reabilitação (19,2%), Enfermagem Comunitária (18,2%) e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (13,1%).

É importante salientar que, apesar de existirem outras áreas de especialidade com menor representatividade, apenas 5,1% (22) tem especialidade de Enfermagem Comunitária, na área de enfermagem de Saúde Familiar. Também se verifica pelo menos 9 enfermeiros que detêm mais que uma especialidade.

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo a área de especialidade

Variáveis	n	¹ n (%)
Especialidade	989	
Não		561 (56,7%)
Sim		428 (43,3%)
Área de Especialidade em Enfermagem	428	
Se sim, qual a especialidade	428	
Enfermagem Comunitária		78 (18,2%)
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública		21 (4,9%)
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar		22 (5,1%)
Enfermagem de Reabilitação		82 (19,2%)
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica		56 (13,1%)
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica		39 (9,1%)
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		41 (9,6%)
Enfermagem Médico-Cirúrgica		32 (7,5%)
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica		25 (5,8%)

¹n (tamanho da amostra); % Percentagem

- **Caraterização da amostra segundo o local onde desempenha funções**

Após a análise da tabela 6, constata-se que existem vários locais onde os inquiridos exercem funções. O Hospital SNS é o local com maior representatividade, abrangendo 45,1% (446) dos participantes. Em seguida, temos as USF, com 21,6% (214). Com menor representatividade, verifica-se a USP (Unidade de Saúde Pública), com apenas 0,2% (2).

Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo o local onde desempenha funções

Variáveis	n	¹ n (%)
Local onde desempenha funções	989	
CDP		3 (0,3%)
ECCI		21 (2,1%)
ECSCP, Cuidados de Saúde Primários		13 (1,3%)
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP)		6 (0,6%)
Hospital Privado		90 (9,1%)
Hospital SNS		446 (45,1%)
Lar/ERPI, Gestão Privada		23 (2,3%)
Lar/ERPI, Gestão Pública		7 (0,7%)
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados		30 (3,0%)
UCC		85 (8,6%)
UCSP		49 (5,0%)
USF		214 (21,7%)
USP		2 (0,2%)

¹n (tamanho da amostra); % Percentagem

- **Caraterização da amostra segundo experiência anterior em cuidados de saúde primários**

Na tabela 7, constata-se que, dos inquiridos que trabalham atualmente em cuidados hospitalares, 49,5% (459) não trabalhou anteriormente em cuidados de saúde primários, sendo que apenas 9,0% (83) tiveram experiência anterior em cuidados de saúde primários.

Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo experiência anterior em cuidados de saúde primários

Variáveis	n	¹ n (%)
Local onde desempenha funções e experiência prévia em cuidados de saúde primários	929	
Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários		83 (8,9%)
Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários		459 (49,4%)
Cuidados de Saúde Primários		387 (41,7%)

¹n (tamanho da amostra); % Percentagem

- **Caraterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Saúde familiar**

Ao analisar a tabela 8, observa-se que 112 dos participantes que responderam têm formação em Enfermagem de Saúde Familiar, um dos inquiridos não forneceu resposta, sendo que foram validadas 111 respostas. Destes, 53 enfermeiros indicam ter concluído uma formação pós-graduada, o que representa 44,2% do total. Em seguida, 20,8% (25) dos enfermeiros tem mestrado, enquanto 14,2% (17) tem formação. Entre estes, 5,8% (7) afirmam possuir especialidade, outros 5,8% (7) têm formação em serviço enquanto apenas 0,8% (1) têm mestrado e pós-graduação. Os respondentes ao questionário consideraram a formação em serviço uma qualificação relevante para a prática de enfermagem de saúde familiar.

Tabela 8 – Caracterização da amostra segundo a formação em Enfermagem de Saúde Familiar

Variáveis	n	¹n (%)
Formação em Enfermagem de Saúde Familiar	989	
Não		877 (88,7%)
Sim		112 (11,3%)
Se sim, qual a formação em Enfermagem de Saúde Familiar	111	
Não respondeu		1
Especialidade		7 (6,3%)
Formação em Serviço		7 (6,3%)
Formação		17 (15,3%)
Mestrado		25 (22,5%)
Mestrado; Pós-Graduação		1 (0,9%)
Pós-Graduação		53 (47,8%)
Pós-licenciatura		1 (0,9%)

¹n (tamanho da amostra); % Percentagem

- **Caraterização da amostra segundo a experiência anterior como cuidador a familiares com doença prolongada**

Pode-se verificar na tabela 9 que a experiência pessoal com familiares com doença prolongada foi confirmada por 34% (336) dos inquiridos. Dos enfermeiros que foram cuidadores de um familiar com doença prolongada, 87,5% (294) tiveram apoio e colaboração familiar.

Tabela 9 - Caracterização da amostra segundo experiência anterior com familiar com doença prolongada

Variáveis	n	¹ n (%)
Cuidador num processo de doença prolongado de algum familiar	989	
Não		653 (66,0%)
Sim		336 (34,0%)
Existência de apoio e colaboração familiar no processo de doença prolongado	336	
Não		42 (12,5%)
Sim		294 (87,5%)

¹n (tamanho da amostra); % Percentagem

1.3. Caracterização da Escala “IFCE-AE”

Na tabela 10 estão representados os valores da Média, Média Total, Mínimo, Máximo e Desvio Padrão da escala total das dimensões da escala IFCE-AE. Ao analisar a tabela, verifica-se uma média total de 81,49 pontos (DP = 8,16), com score mínimo de 26 e máximo de 104 (numa escala de 26 a 104), revelando que a maioria dos profissionais possui uma atitude favorável à participação das famílias nos cuidados de enfermagem.

Na dimensão 1 “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping”, os resultados variaram entre 12 e os 48 pontos, sendo a pontuação média total de 39,75 pontos (DP = 5,15), o valor obtido é próximo do limite superior, o que sugere que os participantes veem a família como um importante aliado no apoio e nas estratégias de coping. Na dimensão 2 “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”, os resultados situaram-se entre os 10 e os 40 pontos com uma média total de 33,87 pontos (DP = 3,94). Este valor, também alto, indica que os enfermeiros consideram a família como um recurso fundamental para os cuidados prestados. Quanto à dimensão 3, “Família como um fardo”,

os resultados obtidos encontraram-se entre 4 e 16 pontos tendo como média 7,86 pontos (DP = 2,28), sugerindo que os participantes raramente veem a família como uma sobrecarga ou um fator negativo nos cuidados de enfermagem.

Tabela 10 - Dimensões e score total da escala IFCE-AE

Dimensão	Nº itens	Média total (DP)	Média	Mínimo	Máximo
Dimensão 1	12	39,75 (5,15)	3,31	12	48
Dimensão 2	10	33,87 (3,94)	3,39	10	40
Dimensão 3	4	7,86 (2,28)	1,96	4	16
Score Total	26	81,49 (8,16)	3,13	26	104

Legenda: Dimensão 1- Família como recurso de cuidados de enfermagem; Dimensão 2- Família como parceiro dialogante; Dimensão 3- Família como um fardo; M (DP) = Média (Desvio padrão).

1.4. Análise Inferencial dos Resultados

Como referido anteriormente, a análise inferencial foi realizada com recurso a testes não paramétricos, escolhidos em função da natureza dos dados do estudo. O teste Mann-Whitney (U) foi utilizado para comparação entre dois grupos e o teste Kruskal-Wallis para comparação entre três ou mais grupos. Nas tabelas apresentadas, as variáveis que demonstraram diferenças estatisticamente significativas, de acordo com os testes aplicados, estão realçadas a negrito, de forma a serem facilmente compreendidos os resultados do estudo. Nos casos em que o teste de Kruskal-Wallis indicou significância estatística, prosseguiu-se com a comparação entre os diferentes grupos de variáveis utilizando o teste de Dunn. Os resultados detalhados do teste de Dunn encontram-se disponíveis no Anexo B, para consulta aprofundada. De seguida, apresentam-se os resultados das várias hipóteses formuladas para avaliar a perceção das atitudes dos enfermeiros em relação à importância atribuída à participação da família nos cuidados, sendo que a análise inferencial foi agrupada pelas três dimensões em estudo.

Hipótese 1 – Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e a percepção das suas atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados.

De acordo com os resultados apresentados, as variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil e região em que exerce funções, apresentaram significado estatístico ($p < 0,05$), em uma ou mais dimensões da escala e/ou no score total da mesma, o que é indicativo de se relacionarem com a percepção das atitudes dos enfermeiros. Desta forma podemos inferir que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e a percepção das suas atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados.

Consoante apresentado na tabela 11, verificou-se significância estatística para a variável sexo na dimensão 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” ($p = 0,028$), dimensão 2- “Família recurso nos cuidados de enfermagem” ($p = 0,032$), e no score total ($p = 0,025$), com pontuações médias mais elevadas no sexo feminino (score médio=39,9, 34,0 e 81,7, respetivamente). Isto sugere uma percepção de atitudes mais positivas relativamente à importância que as enfermeiras atribuem à participação da família nos cuidados, nomeadamente na família: parceiro dialogante e recurso de coping (dimensão 1) e considerando a família como recurso nos cuidados de enfermagem (dimensão 2).

Relativamente à idade, verificou-se que enfermeiros de diferentes faixas etárias possuem diferentes percepções das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados, nas dimensões 1- “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” ($p < 0,001$), 2- “Família recurso nos cuidados de enfermagem” ($p = 0,004$) e 3 “Família como um fardo” ($p < 0,001$) e no score total ($p = 0,009$). O teste de Dunn foi aplicado como um teste post-hoc para identificar quais os grupos de faixas etárias que apresentavam diferenças significativas entre si, conforme se pode verificar no Anexo D.

Tendo por base as médias dos scores da escala de Likert aplicada, verificou-se uma média de scores mais elevada para os enfermeiros a partir das faixas etárias 41-50 e ≥ 51 , nas dimensões 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” (ambos scores médios de

40,7) e 2 “Família recurso nos cuidados de enfermagem” (scores médios de 34,4 e 34,1, respetivamente) e no score total (scores médios de 82,6 e 81,8 respetivamente), bem como média de scores mais reduzida na dimensão 3 “Família como um fardo” (scores médios de 7,5 e 6,9, respetivamente). Estes resultados sugerem que os enfermeiros com idade mais avançada apresentam uma perceção de atitudes mais positivas relativamente à importância que atribuem à participação da família nos cuidados.

Tabela 11 – Relação das variáveis sexo e faixa etária e a perceção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
Sexo	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Masculino	38,9	5,3	33,2	3,9	8,0	2,2	80,1	8,2
Feminino	39,9	5,1	34,0	3,9	7,8	2,3	81,7	8,1
Mann Whitney	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	67801	0,028	67610	0,032	57289	0,258	67930	0,025
Faixa etária	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<=30	38,8	5,2	33,4	3,9	8,6	2,2	80,8	8,4
31-40	38,9	5,1	33,5	3,9	8,1	2,3	80,5	8,0
41-50	40,7	5,0	34,4	3,9	7,5	2,2	82,6	8,0
>=51	40,7	5,0	34,1	4,1	6,9	2,2	81,8	8,2
Kruskal- Wallis	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>
	30,0	<0,001	13,3	<0,004	71,0	<0,001	11,620	<0,009

Legenda: *U* – Teste Mann-Whitney; *p* – Kruskal- Wallis; **Dimensão 1**- Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2**- Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3**- Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

Relativamente ao estado civil (Tabela 12), apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na perceção das atitudes dos enfermeiros nas dimensões 1

Família: “parceiro dialogante e recurso de coping” ($p=0,0003$) e 3 “Família como um fardo” ($p<0,001$).

Após a realização do teste de Dunn (Anexo E), verificou-se também a existência de diferenças significativas nas dimensões 1 (Família: parceiro dialogante e recurso de coping) e 3 (Família como um fardo). Sendo que, de acordo com a média das pontuações obtidas, os solteiros apresentam uma perceção das atitudes menos positivas relativamente à importância das famílias como parceiro dialogante e recurso de coping (score médio=38,8) e famílias como fardo (score médio=8,5).

Tabela 12 – Relação da variável estado civil e a perceção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Casado	40,4	4,9	34,2	3,8	7,4	2,2	82,0	7,7
Divorciado/ Separado	40,8	5,4	33,9	4,5	7,3	2,3	82,1	8,9
Solteiro	38,8	5,3	33,4	4,1	8,5	2,2	80,7	8,7
União de facto	39,3	5,2	33,9	3,7	8,1	2,4	81,3	7,9
Viúvo	40,8	4,7	33,8	3,8	6,5	2,4	81,0	7,9
Kruskal- -Wallis	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi- -squared</i>	<i>p</i>
	21,3	<0,001	5,9	0,206	51,8	<0,001	4,7	0,324

Legenda: *p* – Kruskal- Wallis; **Dimensão 1-** Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2-** Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3-** Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

De forma a compreender quais as regiões (Anexo F) que se relacionam com a perceção das atitudes dos enfermeiros, aplicou-se o teste de Dunn (Anexo G). De acordo com o teste, as diferenças na perceção das atitudes foram observadas entre a Região de Lisboa

e a Região do Centro ou a Região Porto e Norte na dimensão 1 (“Família: parceiro dialogante e recurso de coping”). Tendo por base as médias dos scores obtidos pela escala de Likert, como se pode observar na tabela 13, verificou-se uma média de scores mais elevada para os enfermeiros que trabalham na Região do Centro e na Região do Porto e Norte (scores médios=40,5 e 39,9, respetivamente), logo percepção das atitudes mais positivas comparativamente com os enfermeiros da Região de Lisboa (score médio 38,6). No que diz respeito à dimensão 3 (Família como um fardo), as diferenças na percepção das atitudes foram observadas entre a Região de Lisboa (score médio=8,4) e a Região Porto e Norte (score médio=7,8) ou o Arquipélago dos Açores (score médio=7,4). Considerando que, nesta dimensão, um score mais baixo indica percepções mais positivas das atitudes dos enfermeiros, os resultados sugerem que os enfermeiros a exercer funções no Arquipélago dos Açores demonstram atitudes mais favoráveis. Por fim, de acordo com os resultados obtidos verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a região onde os enfermeiros exerciam as suas funções e as suas percepções das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados, nas dimensões 1 ($p=0,033$) e 3 ($p=0,002$).

Tabela 13 – Relação da variável região onde exerce funções e a perceção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Região em que exerce funções								
Arquipélago da Madeira	42,5	6,4	37,0	1,4	5,0	0,0	84,5	7,8
Arquipélago dos Açores	39,2	5,8	33,6	3,6	7,4	2,0	80,1	8,2
Península de Setúbal	40,9	5,5	34,6	4,0	7,1	2,3	82,7	7,7
Região Algarve	41,5	5,3	34,2	2,1	6,8	1,5	82,5	7,6
Região Centro	40,5	5,0	34,5	3,6	7,8	2,5	82,8	7,8
Região de Lisboa	38,6	5,1	33,5	4,0	8,4	2,2	80,6	8,3
Região do Alentejo	39,3	5,0	33,5	4,1	8,0	2,2	80,7	7,8
Região Porto e Norte	39,9	5,1	33,9	4,0	7,8	2,3	81,6	8,2
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	15,3	0,033	9,5	0,220	22,9	0,002	9,4	0,223

Legenda: *p* – Kruskal- Wallis; **Dimensão 1**- Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2**- Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3**- Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

No que diz respeito às habilitações literárias (Tabela 14), o teste Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões ($p<0,05$). Enfermeiros com

formação pós-graduada (Mestrado ou Doutorado) apresentam uma percepção das atitudes mais favoráveis relativamente à importância atribuída à participação da família nos cuidados, nomeadamente nas dimensões 1 “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” (score médio= 40,5 pontos), 2 “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” (score médio=34,4 pontos) e 3 “Família como fardo” (score médio=7,4 pontos).

Tabela 14 – Relação das variáveis habilitações literárias e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
Habilitações Literárias	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Bach. + Lic.	39,5	5,1	33,7	3,9	8,0	2,3	81,25	8,17
Mest. + Dout.	40,5	5,3	34,4	3,9	7,4	2,2	82,22	8,12
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	80652	0,010	81926	0,024	104743	<0,001	83237	0,055

Legenda: Bach- Bacharelato; Lic- Licenciatura; Mest.- Mestrado; Dout.-Doutorado; *p* – Kruskal-Wallis; **Dimensão 1-** Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2-** Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3-** Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

Hipótese 2 – Há relação estatisticamente significativa entre as variáveis profissionais dos enfermeiros e a percepção das suas atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados.

De acordo com os resultados apresentados, verificou-se que as variáveis: categoria profissional, local onde desempenha funções, local de trabalho (cuidados de saúde primários ou hospital) e experiência em cuidados de saúde primários apresentaram significado estatístico ($p<0,05$), em todas as dimensões. Esses resultados indicam que essas variáveis se relacionam com a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à

importância que atribuem à participação da família nos cuidados, em todas as dimensões. No que diz respeito às variáveis: tempo de serviço profissional e tempo de serviço na categoria profissional, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dimensão 3 “Família como um fardo”, sugerindo que estas variáveis apenas se relacionam com as atitudes dos enfermeiros relativamente à sua percepção da família como um fardo.

De acordo com os dados expostos na Tabela 15, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as respostas obtidas pelos enfermeiros de diferentes categorias profissionais em todas as dimensões ($p < 0,001$) e no score total ($p = 0,002$), o que sugere que enfermeiros de diferentes categorias possuem diferentes percepções das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família.

O teste de Dunn (Anexo H) foi aplicado como um teste post-hoc para identificar quais as categorias específicas que apresentavam diferenças significativas entre si. Como se pode verificar na Tabela 15, as principais diferenças na percepção das atitudes dos profissionais verificam-se entre os enfermeiros e os enfermeiros especialistas. De acordo com os scores médios obtidos na escala de Likert, os enfermeiros com especialidade apresentam percepções das atitudes mais favoráveis em relação à participação da família nos cuidados, em todas as dimensões (D1: score médio=40,9; D2: score médio=34,5; e D3: score médio=7,2) e no score total (score médio=82,7) comparativamente aos enfermeiros não especialistas. De salientar que na dimensão 3 “Família como um fardo”, os enfermeiros gestores são os que apresentam uma percepção da atitude mais favorável comparativamente com os enfermeiros das restantes categorias profissionais (score médio=6,6).

Tabela 15 - Relação das variáveis categoria profissional e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Categoria profissional								
Enfermeiro	39,1	5,1	33,5	3,9	8,3	2,2	80,8	8,2
Enfermeiro Especialista	40,9	5,1	34,5	3,8	7,2	2,3	82,7	7,9
Enfermeiro Gestor	41,0	5,1	34,0	4,7	6,6	2,0	81,6	8,6
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	30,6	< 0,001	16,0	< 0,001	54,9	< 0,001	12,1	0,002

Legenda: *p* – Teste Kruskal-Wallis; **Dimensão 1-** Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2-** Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3-** Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

No que diz respeito às variáveis: tempo de serviço profissional e tempo de serviço na categoria profissional, estas apenas revelaram significado estatístico na dimensão 3 “Família como um fardo” ($p<0,001$, e $p=0,02$, respetivamente). Este resultado indica que o tempo de serviço apenas se relaciona com as atitudes dos enfermeiros no que diz respeito à percepção da família como um fardo, consoante se pode verificar na tabela 16.

Relativamente às diferenças na percepção das atitudes dos enfermeiros considerando o tempo na categoria profissional, apenas se verificou diferenças significativas entre os enfermeiros com menos de 10 anos e com enfermeiros que têm entre 11 e 20 anos ($p<0,001$). De acordo com os scores médios obtidos, enfermeiros que possuem entre 11 e 20 anos de tempo de serviço na categoria profissional demonstraram uma percepção das atitudes mais positiva (score médio=7,6) relativamente à participação da família na prestação de cuidados, não considerando a família como um fardo.

De acordo com o teste de Dunn, apresentado no Anexo I, as diferenças nas percepções das atitudes foram observadas entre quase todos os grupos dos tempos de serviço, à exceção do grupo com mais de 30 anos, comparativamente com os que têm entre 11 e 20 ou 21 e

30. Tendo por base as médias dos scores da escala de Likert aplicada, verificou-se uma média de scores mais baixa na dimensão 3 “Família como um fardo”, com tempo de serviço 21-30 anos (score médio=7,5) logo apresentam perceções das atitudes mais positivas comparativamente com os restantes enfermeiros.

Tabela 16 – Relação das variáveis tempo de serviço profissional e tempo de serviço na categoria profissional e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
Tempo de serviço profissional	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<= 10	39,2	5,5	33,7	4,2	8,6	2,1	81,4	9,2
11 - 20	39,6	5,2	33,8	3,9	7,9	2,2	81,2	8,0
21 - 30	40,4	4,7	34,2	3,7	7,5	2,3	82,1	7,7
>= 30	39,6	5,4	33,7	4,0	7,9	2,4	81,1	8,4
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	7,1	0,069	2,9	0,401	25,3	< 0,001	2,7	0,447
Tempo de serviço na categoria profissional	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<= 10	39,5	5,4	33,9	4,3	8,2	2,3	81,6	8,8
11 - 20	39,9	5,3	33,7	4,0	7,6	2,2	81,3	8,3
21 - 30	39,9	4,9	34,1	3,7	7,8	2,3	81,8	7,8
>= 30	39,5	5,0	33,9	3,7	7,9	2,3	81,4	7,8
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	1,1	0,78	0,7	0,88	9,5	0,02	0,8	0,86

Legenda: *p* – Teste Kruskal-Wallis; **Dimensão 1-** Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2-** Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3-** Família como um fardo; ns= não significativo ($p > 0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

O teste de Kruskal-Wallis também foi aplicado para avaliar se os locais onde os enfermeiros exercem as suas funções afetavam as percepções das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados. De acordo com os resultados obtidos, na tabela 17, verificou-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e no score total ($p < 0,001$). De forma a verificar quais os locais que têm uma maior relação com as percepções das atitudes dos enfermeiros nas diferentes dimensões, realizou-se o teste de Dunn (Anexo J). Os resultados obtidos demonstraram diferenças significativas entre vários locais, sendo que as diferenças mais significativas ($p < 0,001$) foram identificadas entre Hospital e ECCI ou UCC ou USF, em todas as dimensões. Analisando os scores médios da aplicação da escala de Likert, verificou-se que comparando estes três locais, os enfermeiros dos Hospitais são os que apresentam scores mais reduzidos na dimensão 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” (score médio=38,5), dimensão 2 “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” (score médio=33,1) e score total (79,8), e o score mais elevado na dimensão 3 “Família como um fardo” (score médio=8,2). Estes resultados estão em concordância com os anteriores, sugerindo que os enfermeiros dos Hospitais possuem percepção das atitudes menos positivas comparativamente com os enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários, relativamente à importância que atribuem à participação da família nos cuidados.

Tabela 17 – Relação das variáveis local onde desempenha funções e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Local onde desempenha funções								
ECCI	43,7	3,1	35,8	3,1	7,0	2,8	86,5	6,4
ECSCP	42,9	4,6	35,4	3,3	7,0	2,5	85,3	6,5
Hospital	38,5	5,2	33,1	4,1	8,2	2,2	79,8	8,2
Lar/ERPI	40,1	4,7	34,0	3,4	8,3	2,4	82,4	7,7
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	38,4	4,8	33,1	3,8	8,2	2,5	79,7	7,0
UCC	42,0	4,4	35,7	3,0	7,4	2,2	85,1	6,4
UCSP	40,7	4,8	34,1	3,6	7,4	2,0	82,2	7,8
USF	41,1	4,6	34,8	3,7	7,3	2,1	83,2	7,7
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	81,7	<0,001	57,6	<0,001	45,0	<0,001	61,6	<0,001

Legenda: *p* – Teste Kruskal-Wallis; **Dimensão 1**- Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2**- Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3**- Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

De acordo com os resultados obtidos, o teste de Mann-Whitney revelou relação estatisticamente significativa entre o local de trabalho (cuidados de saúde primários ou

hospitais) e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados, com o teste de Mann-Whitney a apresentar valores de p inferiores a 0,001 em todas as dimensões e no score total (Tabela 18). Os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários apresentaram scores médios mais elevados nas duas primeiras dimensões (scores médios de D1- 41,4 e D2 - 34,9 respetivamente), bem como no score total (83,7), e uma pontuação média mais baixa na terceira dimensão (7,3). Deste modo, estes resultados indicam que os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários possuem uma percepção das atitudes mais positiva perante a participação da família nos cuidados, comparativamente com aqueles que trabalham em hospitais.

Resultados semelhantes foram obtidos quando avaliada a relação entre trabalhar num hospital com ou sem experiência em cuidados de saúde primários, ou trabalhar nos cuidados de saúde primários, e a suas percepções das atitudes relativas à importância atribuída às famílias na participação nos cuidados. O teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e no score total ($p < 0,001$).

Utilizando o teste de Dunn para verificar quais os grupos que se correlacionavam com a percepção das atitudes dos enfermeiros, verificou-se que ter ou não experiência em cuidados de saúde primários não se relaciona com a percepção das atitudes dos enfermeiros em ambiente hospitalar, mas sim trabalhar em ambiente hospitalar ou unidades de cuidados de saúde primários (Tabela 18). Tendo por base as médias dos scores da escala de Likert aplicada, verificam-se valores mais elevados nos enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários nas dimensões 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e 2 “Família recurso nos cuidados de enfermagem” e no score total (scores médios de 41,4; 34,9 e 83,7 respetivamente), e valores inferiores na dimensão 3 (score médio=7,3). Estes resultados corroboram os achados anteriores, reforçando que os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários demonstram percepção das atitudes mais positivas comparativamente com os enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar.

Tabela 18 – Relação das variáveis local de trabalho, experiência em cuidados de saúde primários e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Local de trabalho: cuidados de saúde primários ou hospital								
Hospital	38,6	5,3	33,1	4,1	8,2	2,3	80,0	8,4
Cuidados de saúde primários	41,4	4,6	34,9	3,6	7,3	2,1	83,7	7,4
Mann Whitney	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	72497	<0,001	77795	<0,001	129962	<0,001	77411	<0,001
Experiência em cuidados de saúde primários	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários	38,8	5,6	33,3	4,0	8,4	2,8	80,6	9,1
Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários	38,6	5,2	33,1	4,1	8,2	2,2	79,9	8,3
Cuidados de Saúde primários	41,4	4,6	34,9	3,6	7,3	2,1	83,7	7,4
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	65,0	<0,001	45,5	<0,001	39,6	<0,001	46,8	<0,001

Legenda: *U* – Teste Mann-Whitney e *p* – Teste Kruskal-Wallis; **Dimensão 1**- Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2**- Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3**- Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

Hipótese 3 – Há relação estatisticamente significativa entre a formação em enfermagem de saúde familiar dos enfermeiros e a percepção das suas atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados.

Nesta análise, é importante destacar que seis enfermeiros com especialidade em ECESF possuem outras especialidades. No entanto, para garantir maior robustez à análise, optou-se por agrupar estes profissionais na especialidade de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

De acordo com os resultados apresentados, verificou-se que as variáveis: especialidade e formação em Enfermagem de Saúde Familiar apresentaram significado estatístico ($p < 0,05$) em todas as dimensões, o que é indicativo que se relacionam com percepção das atitudes dos enfermeiros. A variável: tipo de especialidade apresentou significado estatístico ($p < 0,05$) nas dimensões 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”, 2 “Família recurso nos cuidados de enfermagem” e no score total. Por outro lado, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na percepção das atitudes dos enfermeiros com diferentes tipos de formação ($p > 0,05$).

De acordo com o teste de Mann Whitney, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre ter ou não ter especialidade em todas as dimensões e no score total ($p < 0,001$). Os enfermeiros com especialidade apresentaram scores médios superiores nas dimensões 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”, 2 “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e no score total (scores médios de 40,9; 34,6, e 82,7, respetivamente), e scores inferiores na dimensão 3 “Família como um fardo” (score médio=7,3). Estes resultados sugerem que os enfermeiros com especialidade possuem uma percepção das atitudes mais positivas relativamente à importância das famílias na prestação de cuidados.

No que diz respeito ao tipo de especialidade (Apêndice K), esta apresenta apenas relação significativa com a percepção das atitudes dos enfermeiros nas dimensões 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping”, 2 “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” e no score total ($p < 0,001$). Como previamente descrito, o teste de Dunn foi aplicado como um teste post-hoc para identificar quais as especialidades que apresentavam diferenças significativas entre si. No Anexo K, expõe-se apenas as

comparações entre as especialidades que obtiveram significância estatística ($p < 0,05$). A tabela completa encontra-se detalhada no Anexo L. Tendo por base as médias dos scores da escala de Likert aplicada, verificou-se uma média de scores mais elevada para os enfermeiros que possuem apenas a especialidade de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar ou em conjunto com outras especialidades, na dimensão 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” (score médio de 43,5 e 44,4, respetivamente), na dimensão 2 “Família recurso nos cuidados de enfermagem” (score médio de 36,9 e 38,4, respetivamente) e no score total (score médio de 87,2 e 88,8, respetivamente). Estes resultados indicam que os enfermeiros com especialidade de Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar apresentam uma percepção das atitudes mais positivas relativamente à importância das famílias na prestação de cuidados.

Tabela 19 – Relação das variáveis especialidade e tipo de especialidade e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
Especialidade	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Não	38,9	5,1	33,3	3,9	8,3	2,2	80,5	8,3
Sim	40,9	5,0	34,6	3,9	7,3	2,2	82,7	7,9
Mann Whitney	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	91972	<0,001	97852	<0,001	152368	<0,001	100504	<0,001
Tipo de especialidade	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	43,5	3,8	36,9	2,7	6,8	2,6	87,2	5,1
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	44,4	3,5	38,4	1,5	6,0	1,0	88,8	4,4
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	47,8	<0,001	62,4	<0,001	14,5	0,412	54,6	<0,001

Legenda: *U* –Mann-Whitney e *p*-Kruskal-Wallis; **Dimensão 1-** Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2-** Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3-** Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

De acordo com os resultados da Tabela 20, verificou-se também uma relação estatisticamente significativa relativamente a ter ou não formação na área de Enfermagem de Saúde Familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados, em todas as dimensões ($p<0,05$). De acordo com as médias dos scores da escala de Likert aplicada, os enfermeiros com

formação na área de Enfermagem de Saúde Familiar apresentam uma percepção das atitudes mais favoráveis comparativamente com os enfermeiros que não têm formação (D1: score médio=41,5; D2: score médio=34,9; D3: score médio=7,5; e no score total: score médio=83,8).

Não se obteve resultados estatisticamente significativos no que diz respeito ao tipo de formação e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados.

Tabela 20 – Relação das variáveis formação em Enfermagem de Saúde Familiar e tipo de formação e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
Formação em Enfermagem de Saúde Familiar	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Não	39,5	5,2	33,7	3,9	7,9	2,3	81,2	8,2
Sim	41,5	4,6	34,9	3,8	7,5	2,1	83,8	7,3
Mann-Whitney	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	38765	0,001	40920	0,004	54927	0,039	39850	0,001
Tipo de formação	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Especialidade	40,9	2,8	35,7	2,7	7,9	1,9	84,4	5,4
Formação em serviço	42,1	4,7	35,3	3,8	8,1	2,8	85,4	8,3
Mestrado	43,2	4,1	36,5	2,9	6,8	2,2	86,5	6,2
Pós-Graduação	40,9	4,8	34,1	4,1	7,5	1,8	82,5	7,3
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	7,0	0,134	8,0	0,092	5,2	0,263	8,1	0,088

Legenda: *U* –Mann-Whitney e *p*-Kruskal-Wallis; **Dimensão 1**- Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2**- Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3**- Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M (DP)= Média (Desvio padrão).

Hipótese 4 – Há relação estatisticamente significativa entre a experiência anterior com familiares gravemente doentes e a percepção das atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados.

De forma a avaliar se existe uma relação estatisticamente significativa entre ter experiência anterior com familiares gravemente doentes e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que os enfermeiros atribuem à participação da família nos cuidados, utilizou-se o teste de Mann Whitney (Tabela 21).

Os resultados indicam que ser cuidador num processo de doença prolongada de algum familiar se relaciona significativamente com a percepção das atitudes dos enfermeiros, nas dimensões 1 “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” ($p=0,002$) e 2 “Família: recurso nos cuidados de enfermagem” ($p=0,013$) e no score total ($p=0,005$) da escala. Os enfermeiros que já foram cuidadores num processo de doença prolongada de algum familiar possuem percepção das atitudes mais positivas relativamente à importância atribuída à participação da família nos cuidados, com médias de scores mais elevadas nas dimensões 1 (score médio=40,5) e 2 (score médio=34,3) e no score total (score médio=82,4). Relativamente ao apoio e colaboração familiar, não se observou uma relação estatisticamente significativa com a percepção das atitudes dos enfermeiros em relação à importância que atribuem à participação da família nos cuidados ($p>0,05$).

Tabela 21 – Relação das variáveis cuidador num processo de doença prolongado de familiar e apoio e colaboração familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Cuidador num processo de doença prolongado de algum familiar								
Não	39,4	5,1	33,7	3,9	7,9	2,3	81,0	8,1
Sim	40,5	5,1	34,3	4,0	7,7	2,3	82,4	8,3
Mann Whitney	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	96373	0,002	99200	0,013	117108	0,079	97690	0,005
Apoio e colaboração familiar								
Não	40,4	4,8	33,8	3,8	7,9	2,1	82,1	8,0
Sim	40,5	5,2	34,4	4,0	7,7	2,3	82,5	8,4
Mann Whitney	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	6122,0	0,930	5548,0	0,287	6641,5	0,424	5986,0	0,750

Legenda: *U* –Mann-Whitney; **Dimensão 1-** Família: parceiro dialogante e recurso de coping; **Dimensão 2-** Família recurso nos cuidados de enfermagem; **Dimensão 3-** Família como um fardo; ns= não significativo ($p>0,05$); M = Média; (DP) = (Desvio padrão).

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A forma como os enfermeiros interagem com as famílias reflete a importância que atribuem à sua integração nos cuidados de enfermagem. A integração da família nos cuidados requer que os enfermeiros tenham uma postura acessível, tendo em conta as suas interações, e incluam a família, considerando-a como o foco do cuidado durante a prestação de cuidados (Aragão et al., 2019).

Participaram no estudo 989 enfermeiros (602 enfermeiros do hospital e 387 enfermeiros dos CSP) e cuja caracterização sociodemográfica se apresenta no Anexo M.

Constatou-se que os enfermeiros, quanto ao sexo, são maioritariamente do sexo feminino (89,4% CSP e 82,9 % no Hospital), licenciados (74,9% CSP e 74,9% Hospital), com uma média de idades de 43,3 anos nos CSP (DP = 9,4) e de 36,7 anos (DP = 10,8) no hospital. Tempo de exercício profissional médio 20,1 anos nos CSP (DP = 9,3) e de 13,5 anos (DP = 10,6) no Hospital dos quais 15,5% detêm experiência em CSP.

A formação em enfermagem de saúde familiar é uma realidade para 15,2% dos inquiridos. Os enfermeiros que trabalham em Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm uma maior formação pós-graduada (49,5%) em comparação com os enfermeiros que exercem funções no hospital (45,1%). Entre os enfermeiros que trabalham nos CSP, 91 possuem a especialização em Saúde Familiar (ESF), nos hospitais, 20 enfermeiros possuem essa especialização.

Verifica-se ainda que os enfermeiros com formação ESF tem uma média de idade 43,9 anos (DP 8,5) e que 69,4% dos enfermeiros com formação em ESF exercem funções na Região Porto e Norte; os enfermeiros sem formação em ESF têm uma média de 38,7 anos (DP 10,8).

Em seguida, serão discutidos os resultados com base na literatura existente e nas evidências científicas recentes.

2.1. As Percepções das Atitudes dos Enfermeiros Relativas à Importância que Atribuem à Participação da Família nos Cuidados

Como referido por Pires (2016), a família não deve ser vista apenas como um contexto, mas sim como um parceiro na prestação de cuidados. Este estudo, em consonância com os resultados desta pesquisa, reforçam a importância de reconhecer a família como uma aliada durante a prestação de cuidados. No entanto, para que a família se sinta capaz de participar ativamente nos cuidados, é fundamental que os enfermeiros sejam capacitados a integrá-las no processo, promovendo assim o bem-estar físico, emocional e social do indivíduo.

Relativamente à percepção das atitudes dos enfermeiros face à importância da família nos cuidados de enfermagem, através da aplicação da escala IFCE-AE, obteve-se um score médio total de respostas de 81,49 pontos, num score máximo de 104, indicando um alto grau de concordância com as afirmações da escala, o que sugere que os enfermeiros possuem uma percepção das atitudes de suporte em relação às famílias e promovem a sua inclusão nos cuidados de enfermagem. Os mesmos resultados são corroborados pelas pesquisas realizadas, quer a nível nacional (Alves, 2011; Oliveira et al., 2011; Pires E., 2016; Silva et al., 2013; Sousa, 2011; Tavares, 2017), quer a nível internacional (Angelo et al., 2014; Benzein et al., 2008 b). Esta convergência de resultados reforça a importância da inclusão da família nos cuidados de enfermagem, conforme preconizado por diretrizes nacionais e internacionais (OE, 2001; Wright & Leahey, 2009).

Da análise dos resultados obtidos por dimensões, verificou-se que a dimensão 1- “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” (39,5 pontos), apresenta resultados indicadores da inclusão e integração da família no âmbito da prestação de cuidados ao utente, quando considerado a família como parceiro na prestação de cuidados, o que é defendido também por Angelo et al., (2014), Fernandes et al., (2015), Martins et al., (2010), Pires (2016), Rodrigues (2013) e Silva et al., (2013).

Nos resultados obtidos para a dimensão 2- “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” (33,87 pontos), verificou-se a importância de se conhecer a família e a necessidade de promover um relacionamento direto saudável, de forma a garantir a

satisfação laboral dos enfermeiros e garantir a presença da família nos cuidados, envolvendo-a diretamente no seu planeamento. A este respeito Alves (2011), Fernandes et al., (2015), Oliveira et al., (2011), Rodrigues (2013) e Sousa (2011) defendem que os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com a família, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam o seu envolvimento nos cuidados, conseguindo inovar, prestar cuidados criativos, profissionais e cativantes aos utentes, no sentido de envolver diretamente as famílias, mesmo em contextos de cuidados mais complexos.

Relativamente à dimensão 3- “Família como um fardo” (7,86 pontos), os resultados são indicadores da não concordância com o facto de a família ser considerada como um fardo, o que realça uma perceção de atitudes positivas dos enfermeiros quando questionados sobre a importância atribuída pelo enfermeiro de família quanto à participação da família nos cuidados de enfermagem. Tal traduz-se em perceção de atitudes positivas, por parte dos enfermeiros, que promovem o envolvimento dos elementos da família na prestação de cuidados, como um fator de apoio, colaboração, ajuda e participação na implementação dos cuidados de saúde que os utentes necessitam. Conforme evidenciado nos estudos de Pires (2016), Sousa (2011) e Tavares (2017). No entanto, salienta-se o estudo de Rodrigues (2013) que refere que alguns dos enfermeiros têm atitudes menos favoráveis sobre a importância da colaboração da família e do seu envolvimento nos cuidados de saúde. Também na sua investigação Benzein et al., (2008 b), referem que a família, quando considerada um fardo, pode ser vista como indesejável, ou tradutora de falta de tempo, pela parte dos enfermeiros, no seu envolvimento enquanto colaboradores imprescindíveis para a prestação de cuidados ao utente e família.

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros da amostra demonstrou uma perceção positiva das atitudes de suporte em relação à inclusão e integração da família nos cuidados de enfermagem.

Este resultado conduzirá a cuidados de enfermagem mais personalizados às famílias e interações positivas para todos os envolvidos (Oliveira et al., 2011). A importância da inclusão da família nos cuidados de enfermagem está relacionada com a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias (Frade et al., 2021).

2.2. Discussão de Hipóteses

2.2.1. Analisar a Relação entre as Características Sociodemográficas e a Perceção das Atitudes

Quanto ao **sexo**, constatou-se que a maioria da população em estudo é do sexo feminino (n= 845), representando 85,4% dos inquiridos, enquanto o sexo masculino representa 14,6% (n= 144). Este resultado está de acordo com o número de enfermeiros inscritos na OE (2023), dos quais 69.069 são do sexo feminino, representando 82,7% do total. Corroborado por outros estudos, tais como Benzein et al., (2008b), Bertolo (2021), Galinha et al., (2014), Martins et al., (2010), Oliveira et al., (2009) e Sousa (2011). Benner (2001) confirma estes dados quando refere que a profissão de enfermagem é sobretudo composta por mulheres.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o sexo feminino e as dimensões (1 e 2) e a escala total de atitudes, apresentando uma perceção de atitudes mais favoráveis na inclusão das famílias nos cuidados, relativamente ao sexo masculino. Estes dados são corroborados pelos estudos de Galinha et al., (2014), que referem que os enfermeiros do sexo feminino são os que tendem a ter uma perceção das atitudes de maior suporte à família. Este resultado pode estar relacionado com o facto da nossa sociedade ter uma predisposição para aceitar que as mulheres são mais integradoras, no que respeita à família.

Embora não tenha sido identificada uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a "Família como um fardo" (dimensão 3), os resultados relativos ao sexo feminino apresentam um valor da média ligeiramente inferior, nesta dimensão. Isso pode indicar que as mulheres possuem uma perceção das atitudes mais positivas em relação à família, percebendo-a como uma fonte de apoio, comparativamente ao sexo masculino. Este resultado está de acordo com o estudo realizado por Sousa (2011), que concluiu que os homens consideram a família como um fardo, apresentando valores médios mais baixos nas atitudes positivas. Esta constatação é apoiada por diversos estudos que discutem as diferenças das atitudes entre os sexos em relação à família. Estudos realizados por Angelo et al. (2014), Benzein et al., (2008 b), Bertolo (2021), Fernandes et al., (2018), Ferreira e Kraus (2023), Galinha (2009), Henriques e Santos (2019), Martins et al.,

(2010), Oliveira et al., (2009), Pires (2016), Sampaio (2021) e Sousa (2011) indicam que as mulheres tendem a adotar atitudes favoráveis em relação à família. Em particular, Benzein et al., (2008 b), no seu estudo, verificaram que as mulheres demonstram atitudes favoráveis comparativamente aos homens em relação às famílias.

No entanto, existem estudos que não verificam esta relação estatisticamente significativa, como se pode verificar nos estudos de Fernandes et al., (2018), Oliveira et al., (2011) e Sousa (2011). Ainda assim, e apesar do estudo de Bertolo (2021) não verificar relação estatística entre as variáveis, verificou que os enfermeiros do sexo feminino apresentaram valores médios ligeiramente mais elevados perante a atitudes, o que significa que favorecem o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Na investigação realizada por Rodrigues (2013), também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o sexo, onde os valores médios obtidos foram semelhantes para homens e mulheres, quer nas atitudes positivas, quer na dimensão “família como um fardo”.

Tendo em conta a **idade**, os enfermeiros inquiridos têm uma média de idade de 39,25 anos, variando as idades entre ≤ 30 anos, que representam 26,4% (259) dos enfermeiros inquiridos, e os ≥ 51 anos, representando 15,0% (147) dos participantes. Verifica-se a existência de significado estatístico entre a idade e a atitude dos enfermeiros na importância da família no cuidar, em todas as dimensões, tal como o score total. Ao analisar os dados obtidos desta relação, verificou-se que os enfermeiros com idades compreendidas entre os 41-50 anos e com idade igual ou superior a 51 anos apresentam uma perceção das atitudes mais favorável na dimensão 1- “Família parceiro dialogante e recurso de coping”. E os enfermeiros com idade entre os 41 e 50 anos apresentam atitude mais favorável na dimensão 2- “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”.

No que se refere à identificação de fatores associados às atitudes dos enfermeiros, o presente estudo identifica a idade como fator de influência, sendo os enfermeiros mais velhos a atribuir maior importância à integração das famílias nos cuidados. Este facto é corroborado pelos autores Benzein et al., (2008b), Sousa (2011) e Silva et al., (2013), onde enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional evidenciaram atitudes de maior suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Este achado pode estar relacionado com a experiência profissional, que parece influenciar a forma como os enfermeiros integram as famílias na prestação de cuidados. A experiência adquirida pelos enfermeiros mais velhos permite-lhes desenvolver uma maior familiaridade com as dinâmicas familiares e reconhecer a sua importância. Além disso, no nosso estudo, são os enfermeiros mais velhos que possuem mais formação na área de ESF, fator que pode condicionar estes resultados, uma vez que esta formação possibilita compreender melhor o papel fundamental da integração da família durante a prestação de cuidados.

Existem outros estudos que confirmaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e a escala IFCE-AE, como o de Angelo et al., (2014), Blondal et al., (2014), Ferreira e Kraus (2023), Frade et al., (2021), Sampaio (2021), Silva et al., (2013) e Sousa (2011). Contudo, existem também estudos onde não se verificou qualquer relação estatística entre a idade e as diferentes dimensões da escala, conforme descrito por Alves (2011), Fernandes et al., (2015), Freitas (2009), Pires (2016) e Rodrigues (2013).

Relativamente à dimensão 3 “Família como um fardo” é de salientar que os Enfermeiros com idade igual ou superior a 51 anos têm uma atitude positiva relativamente à família, isto significa que os enfermeiros com esta idade não consideram a família como um fardo. Achado corroborado pelo estudo de Ferreira e Kraus (2023), onde se verificou uma variância significativa no score médio global, na dimensão 1 “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e na dimensão 3 “Família como fardo”, permitindo afirmar que a idade superior ou igual a 45 anos influencia a atitude integrativa da família nos cuidados.

No seu estudo, Bertolo (2021), apesar de não verificar uma relação estatisticamente significativa nos resultados obtidos, verificou que os enfermeiros entre os 52- 57 anos apresentavam uma atitude mais favorável em todas as dimensões e que enfermeiros mais novos (28-33 anos) eram os que apresentavam atitude mais desfavorável, considerando a família como um fardo. Factos que vão de encontro aos resultados do presente estudo. Ao avaliar os scores médios nas três dimensões (exceto no score total), os enfermeiros com idades ≤ 30 anos tem uma atitude menos positiva em todas as dimensões. Contudo este resultado é contrariado por Angelo et al., (2014), que no seu estudo verificaram que

os enfermeiros com idade mais elevada demonstravam atitudes menos integrativas. Santos (2021) explica que esta situação poderá ser justificada pelo facto dos enfermeiros com menor tempo de exercício profissional, centrarem a sua atividade nos utentes e não nas famílias. Conforme aponta Blondal et al.(2014) enfermeiros mais jovens, em fase de desenvolvimento das suas competências, tendem a dar prioridade aos cuidados físicos e à segurança do paciente. Como o seu foco é mais voltado para as tarefas do que para fornecer cuidados holísticos, tornam-se menos competentes no atendimento das necessidades psicossociais do utente e da sua família (Benner et.al, 1996). Estas visões podem torná-los menos propensos a incluir a família nos cuidados prestados (Holden et al., 2002). Essa orientação mais técnica pode ser explicada pela necessidade de dominar as habilidades básicas da profissão. Por outro lado, enfermeiros experientes, como indicam os autores Astedt-Kurki, P. et al., (2001), possuem uma visão mais holística do cuidado, incluindo a família no processo.

Relativamente ao **estado civil**, neste estudo, a análise revelou que 48,2% (n= 477) dos enfermeiros são casados, 32,0% (n= 316) são solteiros, 12,1% (n= 120) vivem em união de facto, 7,3% (n= 72) são divorciados ou separados e 0,4% (n= 4) são viúvos. Estes dados indicam que a maioria da amostra é casada, o que está em concordância com os estudos de Duarte (2022), Fernandes et al., (2018), Ferreira e Kraus (2023), Henriques e Santos (2019) e Tavares (2017). Como referido anteriormente, tendo em conta o estado civil, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na perceção das atitudes dos enfermeiros nas dimensões 1- “Família parceiro dialogante e recurso de coping” (p=0,0003) - e 3 - “Família como um fardo” (p<0,001). As diferenças na perceção das atitudes foram observadas entre enfermeiros solteiros e casados ou divorciados/separados na dimensão 1. De acordo com a média das pontuações obtidas, os solteiros apresentam perceção das atitudes menos positivas relativamente à importância das famílias como parceiro dialogante e recurso de coping (score médio=38,8) e famílias como fardo (score médio=8,5). Estes resultados podem prender-se com o facto de os solteiros, como não têm família constituída, não estarem desportos para a inclusão das famílias durante a prestação dos cuidados. No que se refere ao estado civil, existe pouca literatura que valide a contribuição desta variável na perceção das atitudes. Em Portugal, apenas foi mencionado pelos autores Galinha et al., (2014) no seu estudo, comparando os

enfermeiros do serviço de urgência no que concerne ao estado civil, onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à atitude família como um fardo, tendo como resultado que os enfermeiros casados tendem a evidenciar uma perceção das atitudes de maior suporte face à família.

Entretanto, estudos realizados por Duarte (2022), Fernandes et al., (2018) e Tavares (2017) não encontraram evidências de significância estatística que sustentem uma relação entre as variáveis analisadas. Esses resultados sugerem que o estado civil não influencia a atitude dos enfermeiros em relação à importância da família no cuidado. É possível que essas conclusões estejam relacionadas com o tamanho reduzido da amostra utilizada nos estudos, comparativamente a este estudo.

No que concerne à **região onde os enfermeiros exercem funções**, no presente estudo, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a região onde os enfermeiros trabalhavam e as suas perceções das atitudes relativas à importância que atribuíam à participação da família nos cuidados, nas dimensões 1- “Família parceiro dialogante e recurso de coping” e 3- “Família como um fardo”. Verificou-se uma média de scores mais elevada para os enfermeiros que trabalham na região do Centro e na região do Porto e Norte (scores médios= 40,5 e 39,9, respetivamente), comparativamente com os enfermeiros da região de Lisboa (score médio 38,6). Este facto pode ocorrer uma vez que são os enfermeiros que exercem funções na região do Porto e Norte e na região do Centro que apresentam mais formação na área de ESF justificando, desta forma, a visão mais integrativa das famílias na prestação de cuidados por parte dos enfermeiros. Corroborado por Figueiredo et al., (2012), que justificam que a diferença encontrada pode ser atribuída a uma maior acessibilidade à formação em enfermagem na Região Norte de Portugal, onde estão localizadas 15 Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde que disponibilizam essa formação. Contudo, Lemos (2019) refere que os enfermeiros portugueses demonstram, na sua globalidade, atitudes favoráveis face à importância no envolvimento das famílias nos cuidados, concebendo-a como um recurso nos cuidados de enfermagem. Estes resultados verificam-se tanto a nível dos cuidados de saúde primários, como dos cuidados de saúde terciários, independentemente da localização geográfica dos participantes.

No que diz respeito à dimensão 3 - “Família como um fardo” - as diferenças na percepção das atitudes foram observadas entre a região de Lisboa (score médio=8,4) e a região Porto e Norte (score médio=7,8) ou o arquipélago dos Açores (score médio=7,4). Considerando que, nesta dimensão, quanto menor for o score, mais positivas são as percepções das atitudes dos enfermeiros, estes resultados sugerem que os enfermeiros que exercem funções no arquipélago dos Açores apresentam percepção das atitudes mais favoráveis nesta dimensão. Estes resultados poderão estar relacionados com fatores como a insularidade da região e a existência de uma maior proximidade entre as famílias e os enfermeiros. Ao analisar estudos semelhantes, não se encontraram pesquisas que explorassem a relação entre a percepção das atitudes dos profissionais perante a integração das famílias na prestação de cuidados e a região onde estes exercem funções. Assim, considera-se essencial investir em estudos que explorem detalhadamente esses fatores, tendo em conta cada região, com o intuito de perceber se existe relação entre a região onde os enfermeiros exercem funções e as suas percepções das atitudes relativas à participação das famílias nos cuidados. Esta compreensão é fundamental para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de integração da família nos cuidados, levando em conta as particularidades e necessidades de cada região.

No que diz respeito às **habilitações literárias**, a análise da amostra revelou que a maioria dos participantes, 74,8% (n = 740) possui licenciatura, confirmando a tendência observada em estudos anteriores, como os de Barbieri-Figueiredo et al. (2012), Bertolo (2021), Duarte (2022), Pires (2016) e Silva et al., (2013). Esses resultados são ainda corroborados pelos dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023). No que se refere às restantes habilitações literárias, 23,9% (n= 236) dos participantes possuem mestrado, 0,7% (n= 7) doutoramento e 0,6% (n=6) bacharelato.

O teste Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões ($p < 0,05$). Os enfermeiros com formação pós-graduada (Mestrado ou Doutoramento) apresentam percepção das atitudes mais favoráveis relativamente à importância atribuída à participação da família nos cuidados, nomeadamente na família como parceiro dialogante e recurso de coping (score médio = 40,5 pontos), família como recurso nos cuidados de enfermagem (score médio = 34,4 pontos) e família como fardo (score médio = 7,4 pontos). Estes resultados são corroborados por outros estudos como o

de Silva et al., (2013), que verificou diferenças estatisticamente significativas na dimensão 3 “Família como um fardo”, revelando que quanto mais habilitações académicas (Mestrado) os enfermeiros possuem, maior a importância que atribuem à família, ou seja, mais atitudes de suporte apresentam nos cuidados, revelando que consideram a família como um apoio e não como um fardo. Da mesma forma, Sousa (2011) verificou que na dimensão 2 - “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” existiram diferenças com significado estatístico, indicando que, quanto maior grau académico, mais positiva é a atitude perante a família.

O conhecimento teórico adquirido através da formação académica é essencial para que os enfermeiros possam aplicar na prática cuidados mais humanizados e centrados na família. Profissionais com maior nível de escolaridade tendem a possuir uma base teórica mais sólida, o que lhes permite compreender a importância da família no processo de cuidados e desenvolver estratégias para promover a participação ativa dos familiares. Vários autores afirmam que quanto maior for o grau académico, maior a tendência para evidenciar atitudes de maior suporte face à família (Benzein et al., (2008b); Fernandes et al., (2018); Francisco, 2017; Gusdal et al., 2017; Luttik et al., 2017; Rodrigues 2013; Silva 2013; Sveinbjarnardottir et al., (2011). Em contrapartida, no estudo de Duarte (2022), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que permitam estabelecer uma relação entre a atitude do enfermeiro face à família e o grau académico. O mesmo é corroborado em estudos como o de Alves (2011), Bertolo (2021), Oliveira et al., (2011), Rodrigues, (2013) e Tavares (2017), onde não se evidenciam diferenças com significado estatístico.

2.2.2. Analisar a Relação entre Características Profissionais e a Percepção das Atitudes

Ao analisar a relação entre a **categoria profissional** e a percepção das atitudes dos enfermeiros, neste estudo, tendo por base as médias dos scores da escala de Likert aplicada, verifica-se um score médio e total com valores mais elevados, para os enfermeiros especialistas, nas dimensões 1 - “Família parceiro dialogante e recurso de coping” e 2- “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”. Isto significa que os

enfermeiros possuem uma percepção das atitudes positiva relativamente à participação da família nos cuidados. Estes resultados estão de acordo com os resultados obtidos por Fernandes et al., (2018), Pires, (2016), Rodrigues (2013), Silva et al., (2013) e Sousa (2011), que referem que são os enfermeiros especialistas os que atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Na literatura consultada, foram encontrados poucos estudos que relacionem a categoria profissional dos enfermeiros com as suas percepções das atitudes em relação às famílias. No entanto, acredita-se que o facto de os enfermeiros especialistas apresentarem uma percepção das atitudes mais positiva em relação às famílias, especialmente nas dimensões (1 e 2), esteja diretamente relacionado com o nível de formação. Quanto maior é a formação e a especialização, maior é a valorização das famílias no contexto dos cuidados prestados. A formação avançada permite aos enfermeiros desenvolverem uma compreensão mais profunda da importância da integração familiar, promovendo um cuidado mais holístico e centrado não só no utente, mas também na família.

Relativamente à dimensão 3, a “família como um fardo”, existe uma diferença estatisticamente significativa, apresentando percepção das atitudes mais positivas nesta dimensão os enfermeiros com a categoria de enfermeiro gestor. Corroborado por Carman et al., (2013) que referem que cabe aos enfermeiros gestores o desenvolvimento de competências para um trabalho em equipa, onde se incluem os profissionais e as famílias, convivendo com as diversidades socioculturais e económicas das pessoas envolvidas.

Portanto, neste estudo verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativamente à participação da família nos cuidados, em todas as dimensões. Contudo, existem estudos como o de Alves (2011), Fernandes et al., (2015) e Tavares (2017) onde não se verificaram diferenças entre a atitude do enfermeiro face à família e a categoria profissional.

No que concerne ao **tempo de serviço profissional**, verifica-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e a percepção das atitudes dos Enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos

cuidados, apenas na dimensão 3 - “família como um fardo”. São os enfermeiros com o tempo de serviço entre 21 e 30 anos que mantêm uma percepção das atitudes mais positiva relativamente à importância atribuída às famílias na participação nos cuidados, não considerando a família como um fardo. Estes resultados são corroborados por Benner, (2001) que no seu estudo refere que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional são mais aptos a avaliar a capacidade dos familiares e a determinar o momento ideal para envolvê-los nos cuidados e quando os devem substituir. Em contrapartida, enfermeiros menos experientes (há menos de três anos no mesmo serviço) podem ter dificuldades em reconhecer uma situação no seu todo ou em tomar decisões que priorizem o bem-estar tanto do paciente, quanto da família. Santos (2021) acrescenta que o facto de os enfermeiros terem uma menor experiência profissional pode condicionar a perspectiva da valorização dos resultados em saúde, quando a família é tomada como alvo dos cuidados.

O resultado deste estudo está de acordo com outros estudos: Benzein et al., (2008b), Silva et al., (2013) e Sousa (2011), que referem ter encontrado diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Apesar do autor Francisco (2017) não encontrar, no seu estudo, relevância estatística entre o tempo de serviço e as atitudes dos enfermeiros, este refere que os enfermeiros que apresentam atitudes que consideram a família como um elemento importante nos cuidados são os enfermeiros que trabalham há mais tempo (21 anos ou mais de profissão). Contudo outros estudos, como os de Alves (2011), Bertolo (2021), Galinha (2009), Rodrigues (2013) e Tavares (2017), demonstraram não existir relação entre o tempo de serviço e a atitude dos Enfermeiros na importância da família no cuidar.

Neste estudo, ao analisar o **tempo de serviço na categoria profissional**, verifica-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço na categoria profissional e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados, na dimensão 3 - “Família como um fardo”. Relativamente às diferenças na percepção das atitudes dos enfermeiros, considerando o tempo na categoria profissional, apenas se verificaram diferenças significativas entre os enfermeiros com menos de 10 anos de serviço na categoria

profissional e enfermeiros que têm entre 11 e 20 anos ($p < 0,001$) de serviço na categoria profissional. Tal como foi referido anteriormente, de acordo com os scores médios obtidos, enfermeiros que possuem entre 11 a 20 anos de tempo de serviço na categoria profissional demonstraram uma perceção das atitudes mais positiva (score médio=7,6) relativamente à participação da família na prestação de cuidados, não considerando a família como um fardo. Enquanto os enfermeiros com tempo inferior \leq a 10 anos têm tendência para uma atitude menos favorável em relação à família, considerando-a como um fardo.

Os dados encontrados por Benzein et al., (2008b) corroboram o estudo, indicando que os enfermeiros recém-formados são os que mais consideram a família como um fardo, ao referirem que não têm tempo para a família no seu local de trabalho. Esta crença de constrangimento familiar prejudica a capacidade dos enfermeiros para reconhecer a importância da presença da família durante a prestação de cuidados. Acrescentam que os enfermeiros com alguns anos de prática incluem os membros da família como unidade de cuidados, pois são capazes de considerar mais que o doente que cuidam, como referido no estudo de Santos (2021).

A experiência profissional influencia significativamente a forma como os enfermeiros prestam cuidados. Benner (2005) observa que, nos primeiros anos de carreira, os enfermeiros concentram-se em dominar as técnicas e procedimentos. No entanto, com o tempo e a aquisição de experiência, eles desenvolvem a capacidade de oferecer cuidados holísticos, estabelecendo relações significativas com os indivíduos e as suas famílias.

A escassez de estudos que investiguem a relação entre o tempo de serviço na categoria profissional e a perceção das atitudes dos enfermeiros limita a compreensão desse fenómeno. Francisco (2017) refere no seu estudo que não identificou uma relação significativa entre esses fatores, sendo necessário realizar mais pesquisas para aprofundar o entendimento sobre essa questão.

Relativamente ao **local onde os enfermeiros desempenham funções**, neste estudo, existe uma relação estatisticamente significativa entre o local onde os enfermeiros desempenham funções e a perceção das atitudes relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados, em todas as dimensões. Verifica-se uma maior

média de scores nas dimensões 1- “Família parceiro dialogante e recurso de coping” e 3 - “Família como um fardo”, para os enfermeiros que exercem funções na ECCI, colaborando com a família como fonte recursos para a prestação de cuidados de enfermagem, não considerando, desta forma, que a família seja um fardo, mas sim uma aliada. É de salientar que, na dimensão 2 - “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”, os enfermeiros que trabalham em USF, veem a família como parceiro dialogante, obtendo uma percepção das atitudes mais positivas relativamente à presença da família na prestação de cuidados. Com estes resultados, consegue ir-se de encontro, na dimensão 2 - “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”, aos resultados obtidos por Oliveira et al., (2011) e Silva et al., (2013), que afirmam que os enfermeiros que exercem funções em USF apresentam valores médios superiores aos dos restantes enfermeiros. Tavares (2017) refere que os enfermeiros que exercem funções nas USF/UCSP são quem aparenta atitudes mais favoráveis nas dimensões 1 - “Família parceiro dialogante e recurso de coping” e 2 - “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”. Estes resultados são também corroborados pelos dados obtidos por Silva et al., (2013), para as dimensões 1- “Família parceiro dialogante e recurso de coping” e 2- “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”. Este estudo revelou diferenças entre os enfermeiros que exercem funções na USF e UCSP, demonstrando que os enfermeiros que trabalhavam em UCSP apresentavam valores mais baixos nas dimensões 1- “Família: parceiro dialogante e recurso de coping” e 2- “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, mas valores mais elevados na dimensão “Família como um fardo”, o que significa que têm uma percepção de atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Também Fernandes (2018), no seu estudo, refere que os resultados evidenciam que os enfermeiros que trabalhavam em UCC apresentam um score total superior nas três dimensões.

Os autores Oliveira et al., (2009) verificaram que face aos dados obtidos na dimensão 1- “Família parceiro dialogante e recurso de coping”, os enfermeiros que trabalham em USF apresentam uma média superior face aos restantes. Esta evidência corrobora as atuais políticas de reconfiguração dos CSP, demonstrando a pertinência das mudanças implementadas.

Outros estudos, como, Bertolo (2021), Fernandes et al., (2015), Martins et al., (2010), Oliveira et al., (2011) e Rodrigues (2013), não encontraram relação significativa entre o local onde exercem funções e as atitudes dos enfermeiros.

Acredita-se que os resultados do presente estudo, possam ser justificados pela missão, valores, tipologia de cuidados e objetivos que sustentam a organização das equipas de enfermagem que integram as ECCI e as USF, nomeadamente a influência significativa na prestação de cuidados dos enfermeiros às famílias. A missão dessas instituições, que visam fornecer cuidados de saúde centrados no indivíduo e na família, direciona os enfermeiros a adotarem abordagens personalizadas e integradas, que consideram as necessidades individuais de cada família. Os valores como a humanização, a equidade e a acessibilidade, promovem um ambiente onde os enfermeiros se sentem incentivados a desenvolver relações de confiança e apoio com as famílias, essencial para a prestação de cuidados eficazes. A tipologia de cuidados oferecidos assegura que os enfermeiros possam abordar as necessidades das famílias de forma abrangente, garantindo a continuidade no cuidado. Além disso, os objetivos destas unidades incluem a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados, o que reforça a sua capacidade de responder às expectativas e necessidades das famílias. Em conjunto, estes elementos moldam a prática dos enfermeiros, promovendo uma abordagem holística e sensível às dinâmicas familiares, o que, por sua vez, melhora a qualidade dos cuidados prestados às famílias.

Tendo em conta a variável local de trabalho — **Cuidados de Saúde Primários versus Hospital** — verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o local de trabalho e a perceção das atitudes dos enfermeiros em relação à importância que atribuem à participação da família nos cuidados. Os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários apresentaram scores médios mais elevados nas duas primeiras dimensões, bem como no score total e uma pontuação média mais baixa na terceira dimensão. Estes resultados indicam que os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários possuem uma perceção de atitudes mais positivas perante a participação da família nos cuidados comparativamente com aqueles que trabalham em hospitais.

Esta evidência pode ser explicada pelo facto de, neste estudo, se verificar que os enfermeiros a exercer funções nos CSP apresentam uma maior formação na área ESF, nomeadamente através de pós-graduações e especializações. A formação mais avançada contribui para uma atitude mais favorável e positiva em relação à integração das famílias no processo de cuidados, reforçando a importância do papel da família no contexto assistencial (Benzein et al., 2008 a)

Os resultados são corroborados pelos estudos de Martins et al., (2010) e Santos (2021), que apontam que os enfermeiros que exercem funções nos CSP tendem a adotar atitudes mais favoráveis na dimensão 1 - "Família: parceiro dialogante e recurso de coping", assim como na escala global, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas entre os dois contextos (CSP versus Hospital) analisados. Dados corroborados pelos estudos de Benzein et al., (2008 b), que compararam os enfermeiros que exercem funções em hospital e os que exercem funções em cuidados de saúde primários, verificaram que os enfermeiros que exercem funções no hospital tinham atitudes menos solidárias em relação às famílias como um recurso na assistência de enfermagem e na visão da família como seu próprio recurso. De forma semelhante aos estudos anteriores, Østergaard (2020) indicou que os enfermeiros que trabalham nos hospitais obtiveram pontuações mais baixas do que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, estando de acordo com os dados de Gusdal et al., (2017), os quais demonstraram que trabalhar em cuidados de saúde primários está associado a atitudes mais favoráveis em relação ao envolvimento da família. Estas evidências contrapõem-se com as pesquisas de vários autores, como Åstedt-Kurki et al., (2001b), Berterö, (2002) e Evans, (2002) que concluíram nos seus estudos que os enfermeiros que exercem funções nos hospitais sustentam atitudes positivas em relação às famílias.

No estudo de Ferreira e Kraus (2023), realizado num ambiente hospitalar, tendo em conta o serviço onde os participantes exercem funções, verificou-se que os enfermeiros que trabalhavam nos serviços de unidade de cuidados especiais pediátricos, psiquiatria e cirurgia de ambulatório, eram os que revelavam, em média, atitudes mais integrativas das famílias e que, por sua vez, os enfermeiros que trabalhavam nos serviços de cirurgia, urgência geral e pneumologia/gastro, apresentavam, em média, atitudes menos inclusivas.

Enquanto no estudo de Benzein et al., (2008b) as atitudes menos favoráveis foram encontradas nos serviços de cirurgia e urgência geral, isso pode estar relacionado com a complexidade e exigências do contexto, como ocorre em unidades de cuidados urgentes/emergentes de saúde.

Os autores, Åstedt-Kurki et al., (2001a) referem que a existência de uma atitude menos favorável entre os enfermeiros que exercem funções em cuidados hospitalares, relativamente aos que exercem funções nos CSP, pode estar relacionada à crença de que a interação com as famílias se limita à simples divulgação de informações. Outros estudos também sugerem que os enfermeiros que trabalham a nível hospitalar não veem a família como um recurso valioso (Clarke, 2000) e raramente as convidam a participar na prestação de cuidados dos familiares (Söderström et al., 2003). Esta atitude pode ser influenciada pelas condições de trabalho que existem a nível hospitalar, enquanto os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários tendem a ter atitudes de maior suporte e a considerar as famílias como recursos importantes (Santos, 2021). Esta situação pode estar relacionada com o facto de os enfermeiros realizarem visitas domiciliárias às famílias com regularidade, construindo relacionamentos de proximidade (Benzein et al., 2008 b). A crença subjacente à prática colaborativa, segundo Feeley e Gottlieb (2000), é a de que as famílias são recursos inestimáveis para o cuidado.

Segundo Duarte (2022), uma outra explicação para este resultado pode estar relacionada com o facto de que a prática clínica de enfermagem de família nos cuidados de saúde primários constitui a base primordial de atuação desses profissionais. Isso deve-se à organização dos cuidados de saúde, tanto nas UCSP, quanto nas USF, onde o enfermeiro de família tem a oportunidade de exercer as suas competências.

Existem, no entanto, outros autores, Oliveira et.al, (2011) e Benzein et al., (2008b), que referem que os enfermeiros que atuam nos CSP tendem a integrar mais a família no processo de cuidados por várias razões, fundamentadas em evidências. Os profissionais possuem formação específica em ESF, o que os capacita a reconhecer a importância do envolvimento da família como um recurso essencial para o cuidado integral do indivíduo. Estes estudos demonstram que a formação em ESF é um fator determinante para a adoção de práticas que favorecem a participação ativa da família nos cuidados.

Além disso, os enfermeiros dos CSP geralmente possuem mais experiência e tempo de serviço, o que pode contribuir para uma maior sensibilidade e empatia no atendimento às famílias. A experiência acumulada ao longo dos anos permite que esses profissionais desenvolvam habilidades interpessoais e estratégias para envolver a família de maneira eficaz, tornando-se facilitadores naturais da integração familiar (Clarke, 2000). Há também evidências que sugerem que esses enfermeiros mantêm um contato mais frequente e direto com familiares de pacientes, principalmente devido à natureza do trabalho em CSP, que muitas vezes envolve visitas domiciliárias e acompanhamento contínuo. Esse contato frequente permite que os enfermeiros desenvolvam uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares, facilitando a construção de uma relação de confiança e colaboração (Benzein et al., 2008b; Feeley & Gottlieb, 2000).

Uma maior empatia observada entre os enfermeiros dos CSP pode ser atribuída ao ambiente de trabalho menos hierárquico e mais colaborativo, onde a valorização da família como parceira no cuidado é uma prática comum. Esse contexto favorece atitudes mais positivas e acolhedoras em relação à participação da família, como observado em diversos estudos (Gusdal et al., 2017; Söderström et al., 2003).

Como referido anteriormente, verificou-se que a percepção das atitudes dos enfermeiros não é diferente, em média, conforme tenham ou não experiência anterior em cuidados de saúde primários. Embora não existam estudos que a confirmem, a ausência de uma relação estatística pode ser interpretada à luz da possível uniformização da percepção das atitudes, resultante da formação de base dos enfermeiros, bem como da prevalência de fatores individuais e do ambiente de trabalho atual, na moldagem dessas percepções.

2.2.3. Analisar a Relação entre a Formação em Enfermagem de Saúde Familiar e a Percepção das Atitudes

Tendo em conta a **área de especialidade**, neste estudo verificou-se que 33,5% dos enfermeiros inquiridos têm especialidade, 5,1% dos quais em ECESF.

Verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a especialidade em ECESF e a percepção das atitudes relativas à importância que os enfermeiros atribuem às famílias, nas dimensões 1 - “Família como parceiro dialogante e

recurso de coping” (percepção de atitudes positivas perante a identificação da família do utente, no diálogo e no reconhecimento das suas competências para superar a situação) e 2 - “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” (percepção de atitudes positivas face à família, reconhecendo a importância da sua presença durante os cuidados de enfermagem).

Os valores de média mais elevados nas dimensões supramencionadas são para os enfermeiros que têm especialidade em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, o que sugere que terão uma percepção de atitudes mais positivas relativamente à importância das famílias na prestação de cuidados, quando comparado com outras especialidades. Os resultados obtidos neste estudo demonstram a importância da participação da família no processo de cuidar, corroborado pelas atuais políticas de reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários e alinhando-se com os investimentos e esforços que têm vindo a ser realizados na formação académica e continuada dos enfermeiros. Estes resultados são consistentes com a literatura existente, onde autores como Bomar (2004) e Wright e Leahey (2004), defendem que a formação em ESF é um fator crucial para aprimorar a prática nessa área, ampliando o campo de atuação dos enfermeiros.

Os dados do estudo são corroborados ainda por estudos, como o de Martins et al., (2010), que referem que na dimensão 1 - “Família: Parceiro dialogante e recurso de coping”, se verificou que os enfermeiros com formação em Enfermagem de Família apresentam uma atitude positiva em comparação com os restantes enfermeiros. Esta evidência é reforçada pelo estudo de Freitas (2009), que destaca uma diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros que obtiveram formação na área de enfermagem de saúde familiar, relativamente aos enfermeiros que não tem qualquer formação na área, evidenciando desta forma uma melhor percepção sobre a prática de Enfermagem de Saúde Familiar por parte dos inquiridos.

Em contrapartida, existem estudos como o de Carvalho (2023) e Duarte (2022), onde apesar das atitudes de maior suporte estarem associadas a enfermeiros com grau académico mais elevado, no seu estudo não obtiveram uma relação estatística entre as variáveis Especialidade/Enfermagem Saúde Comunitária/Área Saúde Familiar. Estes

resultados podem estar relacionados com o facto de a especialidade ter sido criada recentemente. Além disso, a baixa representatividade da amostra nos estudos supracitados também pode ter contribuído para estes resultados.

No entanto, é importante destacar o aumento significativo no número de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar. De 2019 a 2022, o número de especialistas aumentou de 37 para 328, o que representa um incremento de 786,5% (anúário OE, 2023). Este crescimento indica uma procura pela capacitação de competências por parte dos enfermeiros, refletindo um compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos e as famílias. Julga-se que esteja relacionado com a certificação de competências pela OE, tal como a exigência para que os Enfermeiros que trabalhem em USF sejam detentores da ECESF.

Ao analisar-se a **formação em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar**, verificou-se que apenas 111 dos inquiridos tinham formação na área de Enfermagem de Saúde Familiar (formação pós-graduada, mestrado, Formação em serviço, especialidade e experiência profissional). Os resultados vão de encontro aos estudos de Fernandes (2015), Pires (2016) e Silva et al., (2013). Em contrapartida, o estudo de Martins et al., (2010), refere que os enfermeiros inquiridos tinham, na sua maioria, formação em ESF.

Neste estudo, verificou-se ainda a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a formação em ECESF e a perceção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados. Tendo por base as médias dos scores da escala de Likert aplicada, verificou-se uma maior média de scores, para os enfermeiros que têm formação em ECESF, nas dimensões 1- “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e 2 - “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” e um menor score na dimensão 3 - “Família como fardo”. Valores que indicam que os EEECESF atribuem uma maior importância à participação da família nos cuidados, quando comparados com enfermeiros que não têm formação em ECESF. Estes resultados podem ser explicados pelo facto da formação em ESF dotar os enfermeiros de uma perspetiva única, que valoriza a família como núcleo central dos cuidados. Ao reconhecer a família como uma unidade de cuidado, os enfermeiros com formação são

capazes de identificar as dinâmicas familiares e os recursos disponíveis, promovendo uma abordagem mais holística e centrada nas necessidades de todos os membros.

Este resultado é corroborado pelo estudo de Figueiredo et al., (2012), no qual verificaram que a formação é uma variável que tem uma influência, quer na atitude dos enfermeiros face à família, quer na perceção sobre a prática dos enfermeiros com famílias, corroborado ainda por estudos nacionais (Freitas, 2009; Martins et al, 2010; Oliveira et al., 2011; Sousa, 2011) e internacionais (Duhamel e Dupuis, 2011; Kaakinen, 2010; Svavardottir, 2008). Martins et al. (2010) sugere a necessidade de manter o investimento em formação na área de ESF.

Contudo, existem outros estudos, como o de Alves (2011), Bertolo (2021), Duarte (2022), Fernandes et al., (2015), Pires (2016), Sampaio et al., (2021) e Tavares (2017) que não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e as dimensões da escala IFCE-AE. Estes achados podem ser explicados pelo facto de, apesar da formação na área, a prática de ESF não ser efetiva, encontrando-se os cuidados muito enraizados num modelo biomédico, hospitalocentrico, mecanicista e centrado na doença.

A International Family Nursing Association (IFNA) destaca que a formação é essencial para a aquisição de competências e habilidades no âmbito do cuidado às famílias, permitindo que os enfermeiros aumentem a sua capacidade de tomar decisões e priorizar os cuidados de forma eficaz (IFNA, 2015). Esse papel crucial da formação é corroborado pelo estudo de Oliveira et al., (2009), que demonstrou que enfermeiros com formação em ESF e aqueles que atuam em USF apresentaram médias superiores face aos restantes. Esses dados reforçam a importância do investimento contínuo na formação académica e profissional dos enfermeiros.

Além disso, Martins et al., (2010) observaram no seu estudo que, tanto o contexto de exercício de funções, quanto a formação em ECESF, influenciam significativamente as atitudes dos enfermeiros. Esses resultados indicam que a formação adequada é um fator determinante para o desenvolvimento de atitudes mais favoráveis e de suporte à família, sendo relevantes os contextos de formação para atitudes mais favoráveis perante a família.

2.2.4. Analisar a Relação entre Experiência dos Enfermeiros com Familiares Doentes e a Percepção das Atitudes

Os resultados deste estudo revelaram uma relação estatisticamente significativa entre a experiência anterior como cuidador durante um processo de doença prolongada de um membro da família e a percepção das atitudes dos enfermeiros em relação à importância da participação da família nos cuidados, especificamente nas dimensões 1- “Família como parceiro dialogante e recurso de coping” e 2 - “Família como recurso nos cuidados de enfermagem”. Isto significa que os enfermeiros que tiveram experiência anterior com familiares doentes têm percepção das atitudes mais favoráveis relativamente à importância da família, do que os enfermeiros que não tiveram essa experiência. Benzein et al., (2008b) referem que a boa comunicação entre os enfermeiros e família é facilitada se a pessoa enfrentou uma doença grave dentro da própria família. Os autores sugerem que enfermeiros sem experiência pessoal no cuidado de familiares doentes tendem a apresentar médias mais elevadas na dimensão 3- “Família como um fardo” e, em contraste, os enfermeiros que relataram ter experiência com familiares doentes demonstram atitudes mais favoráveis na dimensão 1- “Família como parceiro dialogante e recurso de coping”.

De forma complementar, o estudo de Pires (2016) revelou uma associação estatisticamente significativa entre a experiência pessoal com familiares doentes e a dimensão 2- “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, reforçando a influência positiva dessa vivência na prática profissional dos enfermeiros. No entanto, no estudo de Lemos (2019), quanto à experiência com familiares gravemente doentes, verificou-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão 3- “família como fardo”. Bertolo (2021) também encontrou associação entre a experiência anterior com familiares gravemente doentes e as atitudes dos enfermeiros na dimensão “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e globalmente na Escala IFCE-AE. Essas descobertas são corroboradas por Sousa (2011), que associa a experiência anterior com familiares gravemente doentes às atitudes positivas dos profissionais na integração das famílias durante a prestação de cuidados. No entanto, nem todos os estudos concordam com esta relação. Alves (2011), Fernandes et al., (2015), Rodrigues (2013) e Santos

(2021) encontraram resultados opostos, sugerindo que a experiência anterior com familiares doentes dos enfermeiros não é determinante na sua relação com a família. Segundo Schwind (2004), um conhecimento aprofundado e a interpretação das experiências de doença são fundamentais para que os profissionais de saúde promovam um cuidado holístico, alinhado à essência da enfermagem. Da mesma forma, Sousa (2011) refere que a experiência anterior com familiares gravemente doentes se encontra associada às atitudes dos profissionais de enfermagem.

Neste estudo, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a colaboração familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros em relação à importância da participação da família nos cuidados. Esse resultado pode estar associado ao fato de que os enfermeiros, devido à sua experiência em cuidar, serem capazes de prestar assistência aos familiares doentes de forma eficaz, mesmo sem a colaboração direta da família.

Considerando a lacuna existente na literatura, é fundamental investigar a dinâmica entre os enfermeiros com experiência em cuidados a doentes familiares e o apoio prestado pelas suas famílias, assim como a percepção das atitudes desses profissionais em relação a essa interação. Compreender esta relação pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e personalizadas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes como dos seus familiares.

CAPÍTULO IV - Reflexão Global Sobre o Estudo

1. CONCLUSÃO

Este relatório pretende dar a conhecer a forma como se adquiriram as competências específicas do EEECESF, para a obtenção do grau de Mestre em ESF, o percurso do estágio realizado numa USF da região Norte e a metodologia de investigação clínica que se baseou na perceção das atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias na prestação de cuidados.

O estágio desempenhou um papel crucial ao permitir a consolidação dos conhecimentos teóricos através da prática, proporcionando a oportunidade de alcançar os objetivos estabelecidos. Durante esse período, foi possível realizar consultas familiares, aplicando os conhecimentos adquiridos e recorrendo a modelos de avaliação e intervenção familiar, tal como o modelo de MDAIF e Calgary. Foi também durante o estágio que se verificou a pertinência do presente estudo de investigação.

Com a evolução dos CSP, a prática da enfermagem de saúde familiar foi valorizada sendo atribuída uma maior importância com a existência da legislação, nomeadamente do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 73/2017, onde é exigido a todos os enfermeiros que exerçam funções em USF que detenham a EECESF. Esta especialidade, alicerçada nos padrões de qualidade específicos da OE, prioriza os cuidados ao longo do ciclo vital e direciona a atenção à família como um todo.

O desenvolvimento de novos saberes em enfermagem na área de saúde familiar permitiu a implementação de novas práticas, assim como a identificação de ganhos em saúde resultantes da ação dos enfermeiros com as famílias, tendo como base referenciais teóricos de enfermagem (Figueiredo, et al., 2019 e Östlund, et al., 2019). Destaca-se a importância do EEECESF como o profissional de referência que acompanha a família ao longo de todos os processos de transição que ela vivencia. Compete a este profissional mobilizar um amplo conjunto de competências académicas, fornecendo dessa forma à família o conhecimento e as ferramentas necessárias para melhorar o seu desempenho durante a fase de transição em que se encontra.

A crescente complexidade dos cuidados em saúde e a procura por uma prestação mais humanizada e centrada na família têm impulsionado a valorização da participação da família no processo de cuidar. A família, como núcleo de apoio e suporte, desempenha

um papel fundamental na promoção da saúde e na recuperação de seus membros. No entanto, a integração efetiva da família nos cuidados de enfermagem ainda enfrenta desafios, como a falta de tempo dos profissionais, a ausência de protocolos institucionais e a necessidade de capacitação tanto dos enfermeiros quanto dos familiares.

Apesar da existência de muitos estudos nesta área, verificam-se ainda algumas lacunas no conhecimento relativo à relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros nas suas percepções das atitudes face à importância da família nos cuidados. Considerando a fundamentação teórica e a sua aplicação prática na enfermagem de saúde familiar, esta investigação procurou responder ao interesse profissional nessa área e teve como objetivo investigar a percepção das atitudes dos enfermeiros em relação à participação da família nos cuidados de saúde, procurando identificar os fatores que influenciam essa percepção. Além disso, o estudo visou destacar a importância da formação em Enfermagem de Saúde Familiar para o desenvolvimento de competências que permitam aos enfermeiros integrar a família de forma mais efetiva nos cuidados.

Neste estudo, a percepção das atitudes relacionaram-se de forma estatisticamente significativa com as características sociodemográficas (estado civil, sexo, região onde exerce funções e idade), profissionais (local de trabalho, categoria profissional, tempo de serviço profissional, tempo de serviço na categoria profissional e experiência em cuidados de saúde primários), formação (habilitações literárias, especialidade e formação em Enfermagem de Saúde Familiar) e de contexto (experiência como cuidador) da amostra. No entanto, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a colaboração familiar e a percepção das atitudes dos enfermeiros em relação à importância da participação da família nos cuidados. Também não se obteve resultados estatisticamente significativos no que diz respeito ao tipo de formação e a percepção das atitudes dos enfermeiros relativas à importância que atribuem à participação da família nos cuidados. Verificou-se que ter ou não experiência em cuidados de saúde primários não se relaciona com a percepção das atitudes dos enfermeiros em ambiente hospitalar, mas sim trabalhar em ambiente hospitalar ou unidades de cuidados de saúde primários.

A maioria dos enfermeiros demonstrou uma visão positiva na integração da família como recurso essencial no cuidado à saúde, dimensão 2- “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”. Isso reflete uma atitude integrativa no envolvimento das famílias nos cuidados, reconhecendo, desta forma, o seu papel como recurso de apoio e colaboração. Contudo, verificou-se que alguns enfermeiros têm percepção das atitudes menos favoráveis em relação à importância da colaboração familiar e o seu envolvimento nos cuidados de saúde.

Estes resultados ressaltam a importância da formação em ECESF, evidenciando que os enfermeiros com essa especialização tendem a demonstrar uma atitude mais positiva em relação à participação das famílias nos cuidados, em comparação aos que não possuem essa formação. Considera-se que a formação nesta área é uma mais-valia, capacitando os profissionais na identificação dos problemas das famílias, permitindo a realização de diagnósticos familiares corretos e a implementação de intervenções adequadas à família, através de planos de cuidados individualizados. Com este estudo pretende-se reforçar a importância da família na prestação de cuidados de saúde destacando a influência da percepção das atitudes dos enfermeiros e da formação específica na inclusão da família nos cuidados.

Na medida em que, a percepção das 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 da percepção das atitudes, por motivar os profissionais e capacitá-los com instrumentos e habilidade, que os ajudarão a atuar de uma nova forma, perante a família. Essa mudança de paradigma coloca a família como alvo e unidade de cuidados, reconhecendo as suas necessidades específicas e o seu potencial para contribuir para melhorar a saúde familiar. Este estudo valida esta afirmação, demonstrando que os enfermeiros têm uma maior preocupação em envolver a família nas suas intervenções e tendem a ter uma maior percepção da família como parceiro dialogante e recurso de coping.

Este estudo teve como objetivo principal perceber a existência de relação entre a formação na área de ESF e a percepção das atitudes dos enfermeiros face à importância atribuída à família. Constatado que existe uma relação estatisticamente significativa entre a formação na área de ESF e as atitudes dos enfermeiros da amostra, considera-se então importante a mudança de paradigma nos cuidados, nomeadamente por promoção do desenraizamento do modelo biomédico instituído e por implementação do definido em Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, que estabelece que todos os enfermeiros que exerçam funções em USF devem ser especialistas em ECESF.

Considera-se que o investimento na formação contínua em enfermagem de saúde familiar é fundamental para que os enfermeiros, tanto nas instituições, quanto individualmente, desenvolvam as competências e conhecimentos necessários para desempenhar o seu papel no cuidado à família. Isso inclui a atualização constante sobre as melhores práticas, desenvolvimento de conhecimentos e de comunicação e capacidade para trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde e com as próprias famílias. Então, para que o cuidado centrado na família se torne uma realidade concreta, é necessário promover uma mudança de cultura nas instituições de saúde. Isso exige o envolvimento da gestão, dos profissionais de saúde e da própria comunidade num processo de sensibilização, consciencialização e valorização da família como parceira nos cuidados à saúde.

Essa nova perspetiva exige dos enfermeiros uma abordagem mais humanizada e empática, que valoriza as contribuições das famílias e as integra como parte fundamental dos cuidados prestados. Isso significa ouvir as famílias, compreender as suas necessidades e preocupações, envolvendo-as na tomada de decisões sobre o plano de cuidados. A inclusão da família nos cuidados, alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, proporciona múltiplos benefícios, como maior adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, fortalecimento dos vínculos familiares e aumento dos ganhos em saúde, além de contribuir para uma maior satisfação profissional dos enfermeiros.

Os indicadores sensíveis à enfermagem são essenciais para evidenciar a contribuição custo-efetiva única dos enfermeiros na prestação de cuidados seguros e de elevada qualidade (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Figueiredo (2009) considera que a possibilidade de acompanhar as famílias no seu contexto, permite maior eficácia

nas intervenções desenvolvidas e maiores ganhos em saúde para as famílias. Considera-se então, desta forma, importante criar indicadores sensíveis à prática clínica dos enfermeiros especialistas em saúde familiar, uma vez que poderão demonstrar os inúmeros benefícios do cuidado centrado na família, tais como a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das suas famílias. A redução do tempo de internamento hospitalar e a diminuição dos custos com a saúde.

A visão da família como um sistema revela uma complexidade intrínseca, onde o todo e as partes se influenciam mutuamente. A cada momento, a família reconfigura-se num movimento constante onde é necessária a adaptação ao seu contexto, como refere Morin (2004). As famílias, embora frequentemente consideradas uma fonte de força, também podem apresentar desafios que influenciam a saúde individual e o desenvolvimento da doença (Potter & Perry, 2003; Stanhope & Lancaster, 2008). Neste contexto, e com base na Teoria Geral dos Sistemas (TGS), é fundamental que os enfermeiros considerem a família como o foco central dos seus cuidados, visando não apenas o desenvolvimento individual de cada membro, mas também o fortalecimento do sistema familiar como um todo, promovendo, assim, a saúde familiar. A TGS, juntamente com a abordagem sistémica, oferece uma perspetiva integrada que reconhece as interações complexas entre os membros da família e como essas interações influenciam a saúde coletiva.

Este trabalho permitiu compreender a interligação entre as teorias que o fundamentaram, especificamente a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria Sistémica, proporcionando uma compreensão mais clara da relevância dessas abordagens na prática efetiva de enfermagem de saúde familiar. Ressalva-se que, no âmbito do estágio e das pesquisas realizadas para execução do estudo, houve a participação em diversas formações quer no âmbito académico quer no âmbito externo. A autora teve ainda a oportunidade de participar como oradora na 3.^a Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica e participar com um resumo e comunicação oral nas III Jornadas internacionais de Saúde Pública do ISPJPB, sendo convidada a elaborar um artigo para publicação na Revista Multidisciplinar CESP. Além disso, a autora juntamente com a sua tutora, presidiu e organizou o 3.º Seminário de Enfermagem de Saúde Familiar, Maia/Valongo ULS S. João, realizado no dia 27 de setembro de 2024, cujo o tema foi “Indicadores sensíveis à prática de Saúde Familiar”.

Este estudo teve limitações; uma delas foi o tamanho da amostra relativamente ao número da população alvo; outra foi o facto de não ter sido abordado no questionário os serviços onde os enfermeiros exerciam funções, sendo apenas abordado o local onde exerciam funções. Esta situação pode ser considerada um viés na investigação, uma vez que os enfermeiros que trabalham em diferentes contextos, como por exemplo cirurgia de ambulatório versus serviço de cuidados paliativos, podem apresentar perceção das atitudes divergentes na importância atribuída à família como parceira de cuidados. Sugere-se que futuras pesquisas na área incluam os diversos contextos, para explorar esse tema de forma aprofundada e abrangente. As barreiras e facilitadores da participação da família nos cuidados de enfermagem também não foram exploradas, considerando os fatores individuais, familiares, profissionais, organizacionais e culturais que podem influenciar a perceção das atitudes dos enfermeiros para a participação das famílias na prestação de cuidados. Portanto, é fundamental explorar essas áreas em estudos futuros, além de considerar intervenções de enfermagem baseadas em evidências que promovam a participação da família nos cuidados, visando a melhoria da qualidade dos cuidados e a satisfação de todos os envolvidos.

Com o estudo pretendeu-se fomentar a inclusão da família nos cuidados de saúde, acreditando que pode fortalecer os laços familiares e melhorar a comunicação entre si, resultando na redução do stress familiar durante os períodos de transição. Ao envolver a família no processo de cuidado, podem alcançar-se diversos benefícios, como a melhoria na saúde familiar, redução dos recursos ao serviço de urgência, assim como dos cuidados de saúde primários e diminuição dos reinternamentos, uma vez que uma família empoderada se torna mais capacitada e confiante para lidar com obstáculos que surjam.

Este estudo sublinhou a importância crucial da formação de enfermeiros na área de ESF, demonstrando que profissionais com maior especialização, nesta área revelam uma perceção de atitudes significativas mais positivas na integração das famílias no processo de prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press
- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares - Uma visão sistémica*. Quarteto Editora
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilíbrios
- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde - Um Guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta
- Alves, C., (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>
- Andolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Vega
- Andolfi, M. & Haber, R. (1998). *Por favor, ajude-me com esta família*. São Paulo: Artes Médicas
- Angelo, M., Cruz, A. S., Mekitarian, F. F., Santos, C. C., Martinho, M. J., & Martins, M. 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
- Apuke, O. D. (2017). Quantitative research methods: A synopsis approach. Kuwait Chapter of *Arabian Journal of Business and Management Review*, 6(11), 40–47. <https://doi.org/10.12816/0040336>
- Aragão, L. B., Sousa, F. G., Silva, A. C., Santos, M. H., Braga, L. C., & Sarmiento, M. V. (2019). Valorization of the family in the care process: Nurses' attitudes in a neonatal unit. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(1), e4514. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i1.45114>
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem*. [Tese de Doutoramento em Ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, M. J. T. (2010). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico. *Repositório Comum*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30662>
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patient`s family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 5(2):1, pp. 142-50

- Astedt-Kurki, P. et al. (2001b). Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in Finland. *Journal of Family Nursing*, 7(4), 371-390
- Barbosa, M. A. M., Balieiro, M. M. F. G., & Pettengill, M. A. M. (2012). Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 194-199. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000100022>
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa. Climepsi
- Benner, Patrícia. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in Nursing Practice: Clinical Knowing, Clinical Judgment, and Skilful Ethical Comportment*. New York: Springer-Verlag
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., Berg, A. & Saveman, B. I. (2008). Families' Importance in Nursing Care. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 97-117. <https://doi.org/10.1177/1074840707312716>
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller
- Berterö, C. (2002) District Nurses' Perceptions of Palliative Care in the Home. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19, 387-391
- Bertolo, A.R. (2021). Importância da família na prestação de cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros. [Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria]
- Blondal, K., Zoega, S., Hafsteinsdottir, J. E., Olafsdottir, O. A., Thorvardardottir, A. B., Hafsteinsdottir, S. A., & Sveinsdottir, H. (2014). Attitudes of registered and licensed practical nurses about the importance of families in surgical hospital units: Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 355-375. <https://doi.org/10.1177/1074840714542875>

- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. (3^aed). Philadelphia: Saunders/Elsevier
- Brás M.; Carvalho, A.;Morais C. (2023). Guia orientador de Estágio NPRF do MECESF
- Caixeirinho, S. I. C. (2018). Perspetiva integrativa: Proposta de intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos [Master's thesis, Universidade do Algarve]. Sapientia. <http://hdl.handle.net/10400.1/12180>
- Caldas, J. M. P. (1993). Terapia familiar: psicoanálise sistémica. *Forum Sociológico*, 2, 39–50
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223–231
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2018). *Metodologia da investigação: Por uma abordagem pluridisciplinar*. Edições Universitárias Lusófonas.
- Carvalho, C. M. L. L. S. (2023). Atitudes dos enfermeiros, face à importância da família no processo de cuidar. [Relatório Final Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem em Saúde Familiar – Instituto Politécnico de Leiria]
- Chick, N. and Meleis, A.I. (1986). Transition: A Nursing Concern. In: Chinn, P.L., Ed., *Nursing Research Methodology*, Aspen Publication, Boulder, CO, 237-257
- Chick, N., & Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Clarke, P. N. (2000). Family nursing: Research, theory, and practice. *Journal of Family Nursing*, 6(2), 159-162. <https://doi.org/10.1177/107484070000600205>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *CIPE Versão 2019: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. ICN
- Correia, M. da C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem* 13(2)
- Costa, A. L., & Melo, M. C. O. (2008). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa em Educação - PPGE/UFRGS*, 35(124), 307-324. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000200003>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Brasil: Sage

- Declaração de Ottawa, A. C. (1986). *A Promoção da Saúde*. In 1.^a Conferência Internacional, Canadá
- Decreto-Lei n.º 104/98. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo estatuto. Diário da República: I série A (n.º 93/1998 de 1998-04-21). 1739-1757. Ministério da Saúde. ELI: <https://data.dre.pt/eli/declei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 207/99. (1999). Diário da República n.º 133/1999, 1º Suplemento, Série I-A de 1999-06-09
- Decreto-Lei n.º 298/2007. (2007). Diário da República, 1.^a série, n.º 161
- Decreto-lei n.º 28/2008. (2008). Diário da República, 1.^a série, n.º 38
- Decreto-lei n.º 118/2014. (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas USF e UCSP. Diário da República: I série A (n.º 149/2014 de 2014-08-05). 4069- 4071. Ministério da Saúde. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-lei n.º 73/2017. (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República: I série (n.º 118/2017 de 2017-06-21). 3128-3140. Saúde. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022). Diário da República, 1.^a série, n.º 152
- Decreto-Lei n.º 102/2023. (2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07, páginas 4 – 20
- Dias, M., (2011). Um Olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. Obtido de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Duarte, M. I. R. (2022). *Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar*. [Relatório Final de Estágio - Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria]
- Duhamel, F. & Dupuis, F. (2004). Guaranteed returns: Investing in conversations with families of cancer patients. *Clinical Journal of oncology nursing*, 8(1), 68-71
- Duhamel, F.; Dupuis F. & Wright, L. M. (2009). Families'and nurses' responses to the —one question questionl: Reflections for clinical practice, education and research in family nursing. *Journal of family nursing*, 15(4), 461 – 485. Retirado de <https://doi.org/10.1177/1074840709350606>

- Duhamel, F. & Dupuis, F. (2011). Towards a trilogy model of family systems nursing. Knowledge utilization: Fostering circularity between practice, education and research. In: E. K. Svavarsdottir & H. Jonsdottir. (Eds), *Family nursing in action* (pp. 53-68). Reykjavik: University of Iceland Press.
- Duhamel, F. & Talbot, L. R., (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10 (1), 12-32
- Dunn O. J. (1964). Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics* 6: 241–252
- Elsen, I., Althoff, C. R., & Manfrini, G. C. (2001). SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS TEÓRICOS. *Família, Saúde E Desenvolvimento*, 3(2). <https://doi.org/10.5380/fsd.v3i2.5048>
- Ergstrom, B., et al (2011). Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and critical care nursing*. 27(3). pp1-9
- Evans, B. C. (2002). Perceptions of family impact on end-of-life decision making: A survey of hospital nurses in the USA. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 195-200. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00580.x>
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x>
- Feeley, N. & Gottlieb, L. N. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9-24
- Feijó, J. (2017). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais – Experiências de Pesquisa em Contextos Moçambicanos*. Maputo: Escolar Editora
- Fernandes, A. M., Martins, M. J., & Santos, M. J. (2015). Atitudes dos enfermeiros em relação à família no processo de cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 70(2), 21-28
- Fernandes, C. S., Gomes, J. A. P., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. T. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 21-30
- Fernandes, D., Freitas, M., & Lourenço, P. R. (2015). Atitudes e comportamento: Uma análise teórica e empírica. *Revista de Psicologia*, 24(1), 115-132
- Fernandes, C. S. N. da N., Nóbrega, M. do P. S. de S., Angelo, M., Torre, M. I., & Chaves, S. C. da S. (2018). Importância das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental: atitudes de enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 22(4)

- Ferreira, M. A., Silva, M. J., & Lopes, V. M. (2020). A Teoria dos Sistemas na prática da Enfermagem: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 1), e20180251
- Ferreira, M. S., & Kraus, T. M. (2023). Fatores associados às atitudes dos enfermeiros quanto à importância da família nos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22058. <https://doi.org/10.12707/RVI22058>
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M. & Figueiredo M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/84/80>
- Ferreira, M. A. S., et al. (2020). A práxis do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Uma análise crítica à luz da Teoria dos Sistemas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190190
- Ferrito, C. (2019). F na evidência: um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21, 41-48
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. [Tese de Doutorado, Universidade do Porto]
- Figueiredo, M. H. J. S. & Martins, M. M. F. P, S. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3): 615-621
- Figueiredo, M. C., Santos, M. S., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, M. J. & Fernandes, I. (2012). Atitudes, Concepções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 36-43). Porto: ESEP
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência
- Figueiredo MH, Silva R, Andrade C, Brás M, Oliveira. *Dynamic model for assessment and family intervention – impact on families health gains, Digital Supplement Rev ROL Enferm*. [Internet]. 2018 Dec. [citado 2019 julho 12]; [7 páginas]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329505468_Dynamic_model_for_assessment_and_family_intervention_Impact_on_families_health_gains/link/5c0ba00aa6fdcc494fe24e6b/download
- Figueiredo, M.H., Ferreira, M., Guedes, V., Oliveira, P., Amaral, M., Ferré Grau, C. (2020). A mudança nas percepções dos enfermeiros de família sobre os pressupostos da intervenção familiar após o processo formativo MDAIF.

- Figueiredo, M. C., Silva, M. J., & Lopes, V. M. (2020). A Teoria dos Sistemas e a Enfermagem de Saúde Familiar: Uma análise crítica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 1)
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização* (1.^a edição). Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização* (2.^a edição). Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lusociência.
- Frade, J. M. G., Henriques, C. M. G., & Frade, M. F. G. (2021). A integração da família nos cuidados de enfermagem: perspetiva de enfermeiros e estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20158. <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Francisco, E. F. S. S. (2017). Atitude dos enfermeiros e a família na área hospitalar. [Relatório final Mestrado em Enfermagem Comunitária – Escola Superior de Saúde de Viseu]
- Freitas, A., (2009). *Enfermagem com famílias: Perspetiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. [Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]
- Freitas, M. J. (2015). Estágio de natureza profissional: um espaço de aprendizagem e desenvolvimento de competências em enfermagem de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 9-17
- Friedemann, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, pp 211-216
- Friedemann, M. L. (1991). *Closing the gap between grand theory and mental health practice. The framework of systemic organization and the Control-Congruence Model for mental health nursing of families*. In J. Fawcett and A. Whall (Eds.). *Family theory development in nursing: State of the science and art* (pp. 317-342). Philadelphia: F. A. Davis Co.
- Friedemann, M. L. (1993). Closing the gap between grand theory and mental health practice. The framework of systemic organization. In G. Wegner & R. J.

- Alexander (Eds.) Readings in family nursing (Chap. 5, pp. 43-56). Philadelphia: J. B. Lippincott
- Friedemann, M. L. (1993). *The concept of family nursing* In G. Wegner & R. J. Alexander (Eds.) Readings in family nursing (Chap. 2, pp. 13-22). Philadelphia: J. B. Lippincott
- Friedemann, M. L. (1995). *The Framework of Systemic Organization: A conceptual approach to nursing and families*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Friedman, M. M., & Levac, A.M. (1997). *The family nursing process*. In M. M. Friedman (Ed.), Family Nursing: Research, theory and practice (4th ed., pp.49-72). Stamford, CT: Appleton & Lange
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice* (4th ed.). Connecticut, USA: Appleton & Lange
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory and assessment* (5th ed.). Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall
- Galinha, F. (2009). Mediar para cuidar: o enfermeiro no serviço de urgência como preventor e gestor de conflitos com a família do utente; contributos das técnicas de mediação familiar. [Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para a obtenção de grau de mestre em ciências da família]
- Galinha, F., Ribeiro, M. T., Pinto, J. C. (2014). Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In Ribeiro, M. T., Matos, P. T., Pinto, H. R., *Mediação familiar: contributos de investigações realizadas em Portugal* (Capítulo 9, pp. 160-177). Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0417-1
- Glacken, M., & Chaney, D. (2020). Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 731-740
- Gomes, L. B., Bolze, S. D. A., Bueno, R. K., & Crepaldi, M. A. (2014). *As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo*. Pensando Famílias, 18(2), 9-23. ISSN 1679-494X
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Thors Adolfsson, E., & Martin, L. (2017). Family-focused nursing care in primary healthcare: The perspectives of practicing nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 795-803. <https://doi.org/10.1111/scs.12408>
- Gusdal, A. K., Martin, L., Josefsson, K., & Thors Adolfsson, E. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256–266

- Hanson, S. M. (2005). Family nursing: Challenges and opportunities: whither Thou Goeth family nursing. *Journal of family nursing*, 11(3), pp 336-339
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família - Teoria, prática e investigação* (2.ª edição). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Henriques, C., & Santos, E. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/riv19077>
- Hoffman, L. (2003). *Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 140-148. Retirado de doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00581.x
- Hsiao, C., & Tsai, Y. (2015). Factors associated with the perception of family nursing practice among mental health nurses in Taiwan. *Journal of Family Nursing*, 21, 508-528. <https://doi.org/10.1177/1074840715606543>
- Im, E. O., & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*, 22(2), 11-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-199912000-00003>
- INE. (2022). Disponível na www: <url:<https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>>
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos
- International Council of Nurses (2002). *Nurses Always There For You: Caring For Families*. Geneva
- International Council of Nurses (2015). CIPE® Versão 2015 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *Position statement on generalist competencies for family nursing practice*.
- Johnson, D. E. (1980). Behavioral system model for nursing. *Journal of nursing education*, 19(6), 17-22
- Jones, E. (2004). *Terapia dos sistemas familiares*. Lisboa: Climepsi Editores
- Kaakinen, JR. (2010). *Advancing Family Nursing*, in Kaakinen, JR; Gedaly-Duff, V; Coehlo, D; Hanson, SM (Ed) – *Family Health Care Nursing*, 4th Ed, Philadelphia: FA Davis Company

- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health Care nursing, Theory, Praticce and Research*. (F.A. Davis Company, Ed.) (4th ed.). Philadelphia. <https://doi.org/10.1177/001789698504400418>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Gedaly-Duff, V., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing Theory, Praticce, and Research* (5th ed.). F. A. Davis Company
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing theory, practice, and research* (6th ed.). F.A. Davis Company
- Kholifah, S. N., Nursalam, M. N., Adriani, M., Ahsan, BN & Susanto, T. (2016). Structural model for public health nurses' performance in the implementation of family nursing based on nursing relational capital. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 914-26. Recuperado de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_1-susanto_original_10_2.pdf
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Wiley
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (2001). *Fundamentos de Metodologia Científica*, (4ª edição), São Paulo: Editora Atlas S.A
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8ª ed.). Atlas.
- Lemos, S. R. M. (2019). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros, em contexto pediátrico. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – Escola Superior de Enfermagem do Porto]
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G., & Reis, M. J. (2008). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Instituto Piaget
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D. R., & Strömberg, A. (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16, 299-308
- Macedo, A. P. (2016). Formação especializada em enfermagem: contributos para uma prática clínica avançada. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(9), 9-16
- Machado, D., Brás, M., Almeida, A., & Vilela, A. (2023). Modelos de intervenção transgeracional aplicados à enfermagem de saúde familiar - revisão narrativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 113–122
- Maio, L. G., & Esses, V. M. (2001). Attitude strength: Antecedents and consequences. *Psychological Bulletin*, 127(6), 740-766

- Martins, M.M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri F. M. C., Oliveira, P.C., Fernandes, H.I., ...Carvalho, J. C., (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família – estudo comparativo nos CSP e no Hospital. *Redes de Conhecimento Em Enfermagem de Família*, 20–32
- Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I. & Barbieri-Figueiredo, C., (2012). Enfermagem e Família: concepções dos enfermeiros em unidades de internamento. In Carvalho, J. (Ed). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 44-54)
- Mathúna, D. P. (2004). The future of nursing. Postmodernism and Nursing, after the honeymoon. *JCN*, 21(3), 4-11
- Meleis, A. I. (1975). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. *Nursing research*. Vol. 24 (4), 264-271
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory*. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins
- Midway S, Robertson M, Flinn S, Kaller M. (2020). Comparing multiple comparisons: practical guidance for choosing the best multiple comparisons test. *PeerJ* 8: e10387. doi: <https://doi.org/10.7717/peerj.10387>
- Ministério da Saúde. (2023). Portal do SNS. <https://www.sns.gov.pt/>
- Minuchin, S. (1982). *Famílias Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas
- Morin, E. (2004). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa
- Motta, Maria Do Carmo (2008). *Teoria sistêmica e família, pontos e contrapontos*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

- Neto, F. (1998). *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta
- Neuman, B. (2010). *The Neuman systems model*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L., ... & Martins M., (2009). *Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE*. In: *E-Book do II Simpósio internacional de Enfermagem de Família – Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*, pp. 34-48
- Oliveira, P. D. C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S., Figueiredo, M. H. D. J., Ferreira, M. M. S. R., Martinho, M. J., ... & Martins, M. M. F. P. D. S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1331-1337
- Oliveira, A. P., & Dixe, M. A. (2021). Atitudes dos enfermeiros e dos alunos de enfermagem relativamente à importância da família no processo de cuidar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 24(1), 15-24
- Ordem Dos Enfermeiros. (2001). Código deontológico do enfermeiro: dos princípios gerais à prática profissional. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/codigo/Documents/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/1329/padroes_qualidade_cuidados_enfermagem_2011.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros. (2023). *Estatística de Enfermeiros - Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial da Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata
- Østergaard, B., et al (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A crosssectional study. *Journal of Clinical Nursing*; 29, pp. 1290-1301
- Östlund, U., Bäckström, B., Lindh, V., Sundin, K., & Saveman, B.-I. (2015). Nurses' fidelity to theory-based core components when implementing Family Health Conversations - a qualitative inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 582–590. <https://doi.org/10.1111/scs.12178>
- Östlund, U., Blomberg, K., Söderman, A., & Werkander Harstäde, C. (2019). How to Conserve Dignity in Palliative care: Suggestions from Older patients, Significant

- others, and Healthcare Professionals in Swedish Municipal Care. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0393-x>
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora
- Pereira, R., & Guerra, A. C. (2018). Atitudes, barreiras e práticas dos enfermeiros face à enfermagem baseada na evidência: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 18, 113-122
- Pestana MH, Gageiro JN (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª edição). Sílabo
- Pinheiro-Carozzo, N. P., Silva, I. M., Murta, S. G., & Gato, J. (2020). Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. *Pensando famílias*, 24(1), 207-223. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100015&lng=pt&tlng=pt
- Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar – Instituto Politécnico de Bragança]
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Pordata (2024). <https://www.pordata.pt/o+que+sao+nuts>
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Edição Lusociência
- Professora, D., Adília, M., Pires, Fernandes, S., Carlos, D., & Magalhães, P. (2016). A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A VISÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA. Eliana da Igreja Fernandes Pires Orientação científica
- Pusa S, Dorell A, Erlingsson C, Antonsson H, Brännström M, Sundin K. *Nurses' perceptions about a web-based learning intervention concerning supportive family conversations in home health care*. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2019 Jan. [citado 2019 julho 12]; [12 páginas]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14745> 20
- Queirós, P., & Figueiredo, M. C. (2015). Evidência científica e tomada de decisão clínica em enfermagem: desafios e oportunidades. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 9-18

- Regulamento n.º 126/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18
- Regulamento n.º 128/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18
- Regulamento n.º 428/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série (2018). ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Edições Afrontamento
- Relvas, A. (2000). *Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família*. Lisboa: Quarteto
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3.ª edição). Afrontamento
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.º edição). Porto: Legis/Livpsic
- Rodrigues, C. M. (2013). A Enfermagem de Saúde Familiar no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 577-583
- Rodrigues, M., & Costa, M. (2013). Enfermeiro de família: Que representação? *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 42-52
- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Coimbra]
- Rodrigues, S. M. C. (2013). *A intervenção sistémica na família: Um modelo de prática em enfermagem*. Lisboa
- Rosenberg, M.J. and Hovland, C.I. (1960) *Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes*. In: Rosenberg, M.J. and Hovland, C.I., Eds., *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components*, Yale University Press, New Haven

- Sampaio, A. D., Spagnolo, L. M., Schwartz, E., Siqueira, H. C., Medeiros, A. C., Schultz, V. G., & Lise, F. (2021). As atitudes dos enfermeiros no cuidado às famílias no contexto da atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(Supl. 8), e21030. <https://doi.org/10.12707/RV21030>
- Santos, M. L. V. A. (2012). *Abordagem sistêmica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]
- Santos, S. (2021). Atitudes dos enfermeiros face à importância da família no processo de cuidar. [Relatório Final de Estágio Mestrado em Enfermagem Comunitária Área de Saúde Familiar - Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]
- Saveman, B. I. (2010). Family nursing research for practice: the Swedish perspective. *Journal Of Family Nursing*, 16(1), 26–44
- Saveman, B., Benzein, E. G., Engström, Å. H., & Årestedt, K. (2011). Refinement and psychometric reevaluation of the instrument: Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes. *Journal of Family Nursing*, 17, 312-329
- Schwind, J., (2004). *When nurse-teachers become ill: a narrative inquiry into the personal illness experience of three nurse-teachers*. [A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Curriculum, Teaching and Learning, Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto, Canada]
- Segaric, C. A., & Hall, W. A. (2005). The family theory-practice gap: A matter of clarity? *Nursing Inquiry*, 12(3), 210-218. doi: 10.1111/j.1440-1800.2005.00270.x
- Shivalli, S., Majra, J. P., Akshaya, K. M. & Qadiri, G. J. (2015). Family centered approach in primary health care: Experience from an urban area of Mangalore, India. *The Scientific World Journal*, 2015 (419192), 2-8. doi: 10.1155/2015/419192
- Silva, A. (2023). Estudos empíricos em ciências sociais: métodos e desafios. Editora Universitária, 23-45
- Silva, M.A.N., Costa, M.A., & Silva, M.M. (2013). A família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência III*, 11, 19-28. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a03.pdf>
- Söderström, I. M., Saveman, B. I., & Benzein, E. G. (2003). Interactions between family members and staff in intensive care units: The views of family members. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 263-272. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00699.x>

- Sousa, S. A. S. (2011). *A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C., Severino, S., & José, H. (2014). Atitudes dos enfermeiros face à família: adaptação e validação da escala Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 11-18. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3108.2389>
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C., José, H., & Severino, S. (2015). Importância nos cuidados de enfermagem: Fatores associados às atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 35-44. <https://doi.org/10.12707/RIV14002>
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C., José, H., & Severino, S. (2016). Atitudes e práticas da equipe de enfermagem para a segurança do paciente e da família. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(2), 462-471. <https://doi.org/10.5205/reuol.8489-7402>
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Costa Mendes, I. A. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 502-507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Souza, L., Araújo, D., Silva, D., & Berrêdo, V. (2014). Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, XIX(2), p. 218-232
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7.^a Ed.). Lisboa: Lusociência
- Svavardottir, EK. (2008). Excellence in nursing: a model for implementing family systems nursing in nursing practice at an institutional level in Iceland. *Journal of Family Nursing*. Vol. 14, n.º 4 Nov. 2008, p. 456-468
- Svavarsdottir EK, Sigurdardottir AO, Konradsdottir E, Tryggvadottir GB. (2018). *The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills*. *Scand J Caring Sci*
- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Saveman, B. I. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(10), 895–903. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01744.x>
- Tavares, C. M. T. (2017). Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar [Relatório final Mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Viseu]. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4532/1/MonicaCatarinaMartinsTavares%20DM.pdf>

- Vilelas, J. (2009). *Investigação científica: Da teoria à prática*. Edições Sílabo.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo
- Whyte, D. A. (2005). *Family Systems Theory*. In M. McGoldrick, J. Giordano, & N. Garcia-Preto (Eds.), *Ethnicity and Family Therapy* (3rd ed., pp. 679-695). Guilford Press.
- World Health Organization. (1978). *Primary health care: report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1996). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. F. A. Davis Company
- Wright, M. L. & Leahey M. (2002). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. 3.^a ed. São Paulo. Roca.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2004). How to conclude or terminate with families. *Journal of Family Nursing*, 10(3), 379-401.
- Wright, M. L. & Bell, J.M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary: 4th
- Wright, M. L. & Leahey M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5th ed.) Philadelphia: F.A. Davis Company
- Wright LM, Leahey M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. Third ed. Philadelphia: F. A. Davis Company

APÊNDICES

Apêndice A - Instrumento de Recolha de Dados

Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Prezado colega,

No âmbito do 1º Curso, 2º ano, de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, no Instituto Politécnico de Bragança, decidimos desenvolver um estudo observacional descritivo correlacional e transversal sobre a “Importância atribuída à participação da família na prestação de cuidados - atitudes dos enfermeiros”, que pretende analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros e as suas atitudes relativamente à importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. O presente projeto tem como orientador o Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e a Enfermeira e Mestre Dora Margarida Ribeiro Machado.

Para atingir esse objetivo é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário de recolha de dados que se segue, que não levará mais de 12 minutos, e que é composto por duas partes: (i) questionário para caracterização do (a) participante; e (ii) escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”, cuja tradução, validação e adaptação para a população portuguesa foi realizada por Oliveira et. al (2009).

Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança.

Para certificar a validade e utilidade das respostas, deve preencher o presente questionário na totalidade e submetê-lo no final.

Cada Enfermeiro só deverá responder a um questionário.

Para assegurar o anonimato e confidencialidade das respostas, não coloque o seu nome em nenhum local do questionário.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Maria Cristina Pinto Mendes
USF Saúde em Família, ACeS Grande Porto III, Maia/Valongo.

1. Consentimento informado, livre e esclarecido.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Sim

Não

Parte I - Caracterização do participante

1.É Enfermeiro(a)?

Sim

Não

2.Idade (anos completos): _____

3.Sexo:

Feminino

Masculino

4.Estado civil:

Solteiro

Casado

União de facto

Divorciado/Separado

Viúvo

5.Habilitações Literárias:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

6.Tempo de serviço profissional (anos completos; se não completou 1 ano de serviço responda 0):

7.Categoria profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Gestor

8. Tempo de serviço na categoria profissional (anos completos): _____

9. Tem especialidade?

Sim

Não

10. Se respondeu "Sim" à questão "Tem especialidade?", indique qual(ais) a(s) especialidade(s) adquirida(s) até ao momento:

Sim. Enfermagem Comunitária.

Sim. Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Sim. Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Sim. Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Sim. Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Sim. Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Sim. Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Sim. Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

Sim. Enfermagem de Reabilitação.

Sim. Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Sim. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Sim. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

11. Qual a região em que exerce funções?

Aveiro

Beja

Braga
Bragança
Castelo Branco
Coimbra
Évora
Faro
Guarda
Leiria
Lisboa
Portalegre
Porto
Região Autónoma da Madeira
Região Autónoma dos Açores
Santarém
Setúbal
Viana do Castelo
Vila Real
Viseu

12. Na sua atividade profissional principal onde desempenha funções?

UCSP
USF
USP
ECCI
UCC
CDP
ECSCP, Cuidados de Saúde Primários
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos (EIHSCP)
Lar/ERPI, Gestão Pública
Lar/ERPI, Gestão Privada
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
Hospital Privado
Hospital SNS

13. Trabalhou em cuidados de Saúde Primários?

Não

Sim

14. Tem formação em Enfermagem de Saúde Familiar:

Não

Sim

15. Se respondeu "Sim" à questão "Tem formação em Enfermagem de Saúde Familiar", indique qual:

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

Outro

16. Foi cuidador, num processo de doença prolongado de algum familiar?

Não

Sim

17. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, teve apoio e colaboração familiar?

Não

Sim

Parte II – Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros ” IFCE-AE”

Versão Original: Benzein et al. (2008)

Versão Portuguesa: Oliveira et. al (2009)

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem.

O conceito de família abrange os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas que sejam significativas.

As afirmações são parecidas, mas não são idênticas nem se encontram agrupadas de nenhuma forma particular.

Ao responder a cada uma das questões, pense no seu presente contexto de trabalho e reflita em como se sente em relação a cada questão, uma vez que a sua opinião é muito valiosa.

Situe-se numa escala de 1 a 4, em que:

1.- Discordo completamente

2.- Discordo

3.- Concordo

4- Concordo completamente

Todas as afirmações devem ser respondidas.

	Questões	1	2	3	4
1	E importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enferma em restados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).				
6	No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				

7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.				
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12	Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.				
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18	Considero os membros da família como parceiros				
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				

21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22	É importante dedicar tempo às famílias.				
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stresse.				

**Grata pela
colaboração!**

Apêndice B – Pedido de autorização da escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem – atitudes dos enfermeiros” (IFCE-AE) e o Parecer da Professora Doutora Palmira Oliveira

Ex. ª Sr.ª Professora Doutora Palmira Oliveira

Maria Cristina Pinto Mendes, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, a frequentar o 2º ano, no Instituto Politécnico de Bragança em consórcio com o Instituto Politécnico de Viana, e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, vêm por este meio solicitar autorização para utilizar a Escala: “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE).

Com esta autorização pretende-se a sua utilização no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, realizando desta forma uma Dissertação de mestrado, intitulada “**Importância atribuída à participação da família na prestação de cuidados - atitudes dos enfermeiros**”, tendo como orientador o Professor Doutor **Manuel Alberto Morais Brás**. Mais informo que a mesma apenas será utilizada se a devida autorização institucional for aprovada.

Agradeço desde já a atenção dispensada,

Peço deferimento.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Cristina Mendes

Re: Pedido de autorização da escala "Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros" (IFCE-AE)

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

seg, 23/10/2023 09:14

Para: Maria Cristina Pinto Mendes <mcmendes@arsnorte.min-saude.pt>

Bom dia, Sr.^a Enf^a Cristina Mendes

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

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

Votos de muito sucesso!

Com os melhores cumprimentos

Palmira Oliveira

A 2023-10-18 18:00, Maria Cristina Pinto Mendes escreveu:

> Ex.^a Sr.^a Professora Doutora Palmira Oliveira

>

> Maria Cristina Pinto Mendes, aluna do 1º Curso de Mestrado em
> Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
> Familiar, a frequentar o 2º ano, no Instituto Politécnico de
> Bragança em consórcio com o Instituto Politécnico de Viana e a
> Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, vêm por este meio
> solicitar autorização para utilizar a Escala: "Importância das
> Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros"
> (IFCE-AE).

>

> Com esta autorização pretende-se a sua utilização no âmbito da
> Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório
> Final, realizando desta forma uma Dissertação de mestrado,
> intitulada "Importância atribuída à participação da família na
> prestação de cuidados - atitudes dos enfermeiros", tendo como
> orientador o Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás.

>

> Mais informo que a mesma apenas será utilizada se a devida
> autorização institucional for aprovada.

>

> Agradeço desde já atenção dispensada,

>

> Peço deferimento.

>

> Com os mais respeitosos cumprimentos,

Apêndice C – Pedido de parecer e resposta da Comissão de Ética do IPB

**Exmo. Senhor Presidente do
Instituto Politécnico de Bragança (IPB)**

Solicito que seja encaminhado, para a COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB, o PEDIDO DE PARECER.

A Enfª Maria Cristina Pinto Mendes(cris.enf.mendes@sapo.pt; contacto telefónico 913036594) a exercer atividade profissional na USF - Saúde em Família, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar no Instituto Politécnico de Bragança, 2º ano, em consórcio com a UTAD e IPVC, solicita a parecer sobre o estudo cujo o tema é a “*Importância atribuída à participação da família na prestação de cuidados - atitudes dos enfermeiros*”, sob a orientação do Professor **Doutor Manuel Alberto Morais Brás** (manuel-bras@ipb.pt) e Mestre Dora **Margarida Ribeiro Machado** (dora.ribeiromachado@gmail.com).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal com uma abordagem quantitativa, que pretende analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros e as suas atitudes relativamente à importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. O estudo vai ser realizado entre o período compreendido 10 de novembro de 2023 e dia 31 de janeiro de 2024.

A população em estudo são os enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários, constituindo critérios de inclusão para amostra: desempenharem funções em situação ativa durante o período de recolha de dados (excluindo os que se encontrem de licença, baixa ou férias) e que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Fazem parte do processo de avaliação o protocolo de investigação, com referência à metodologia a adotar, instrumento de recolha de dados, recursos necessários e declaração de compromisso de confidencialidade dos dados e da utilização destes apenas neste projeto, bem como da entrega a esta CES de uma cópia do resultado final do trabalho. Fazem também parte do processo as autorizações para utilização do questionário e escalas para recolha de dados, dos respetivos autores.

Os resultados deste estudo poderão ser úteis para alertar para a importância da inclusão da família na prática de cuidados aumentando os ganhos em saúde, nomeadamente através da publicação de artigos e da proposta da elaboração de ações de formação a profissionais no âmbito da temática.

Para recolha de dados, irá ser utilizado um questionário anónimo composto por 2 partes: a primeira integra um questionário sociodemográfico e profissional concebido pela investigadora, a segunda parte pela escala (IFCE-AE), sendo que a investigadora obteve autorização dos autores para a utilização da mesma no âmbito do estudo. Será salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos participantes no processo de recolha de informação, que ocorrerá após consentimento informado livre e esclarecido dos participantes. Serão observados os pressupostos consagrados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo relativamente à investigação com seres humanos.

Os dados obtidos, através do instrumento de colheita de dados, serão armazenados e guardados em sistemas de informação de propriedade da investigadora, mantendo-se sob sua guarda, durante o período estritamente necessário para utilização neste trabalho de investigação, procedendo-se posteriormente à sua destruição.

Local: Bragança, Escola Superior de Saúde - IPB Data: 24/10/2023

Nome:

Assinaturas:



Orientador: Manuel Alberto Morais Brás

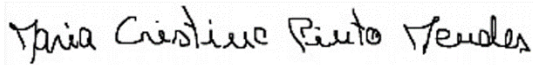
Assinado por: **Dora Margarida Ribeiro Machado**

Num. de Identificação: 12307473

Data: 2023.10.24 10:52:29+01'00'

Coorientadora: Dora Margarida Ribeiro Machado

Investigador: Maria Cristina Pinto Mendes



- Declaro que o presente estudo não foi submetido a outra Comissão de Ética.
- Declaro que as informações prestadas à Comissão de Ética do IPB são verdadeiras e que cumprem a legislação nacional em vigor.
- Declaro que, quando aplicável, respeitarei os termos da [Declaração de Helsínquia](#) da Associação Médica Mundial e os previstos na [Convenção de Oviedo](#).

Segue em anexo:

- * Protocolo do estudo
- * Instrumento de recolha de dados
- * Consentimento informado

Parecer

Dados do Funcionário

Nome: Ana Maria Nunes Português Galvão

Email: anagalvao@ipb.pt

Filiação: /Comissões Especializadas/Ética/Presidente

Parecer

O projeto: Importância atribuída à participação da família na prestação de cuidados - atitudes dos enfermeiros, foi Deferido por maioria.

Data

03/12/2023

ANEXOS

Anexo A – Descrição da Escala por dimensões, Itens e Scores

Dimensões	Item	Indicadores	Score
Dimensão 1- Família como parceiro dialogante e recurso de coping	4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo completamente;	Entre 12 e 48
	6 - No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente		
	9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro		
	12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente		
	14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados		
	15 - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente		
	16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar		
	17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações		
	18 - Considero os membros da família como parceiros		
19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente			

	24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados		
	25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação		
Dimensão 2- Família como recurso dos cuidados de enfermagem	1 - É importante saber quem são os membros da família do utente	1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo completamente;	Entre 10 e 40
	3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho		
	5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira (o)		
	7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança		
	10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho		
	11 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente		
	13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos		
	20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil		
	21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho		
22 - É importante dedicar tempo às famílias			

Dimensão 3- Família como um fardo	2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo completamente;	Entre 4 e 16
	8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias		
	23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar		
	26 - A presença de membros da família deixa-me em stress		

Fonte: Oliveira et al. (2011), Versão portuguesa da escala IFCE-AE

**ANEXO B – Análise da consistência interna da escala versão original FINC-NA-
Versão Portuguesa IFCE-AE - Análise da consistência interna da escala utilizada**

Escalas	Dimensões	N.º Itens	<i>α Cronbach</i>
Original Benzein et al., 2008a	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	10	0,81
	Família como um parceiro dialogante	8	0,79
	Família como um fardo	4	0,69
	Família como próprio recurso	4	0,70
<i>α Cronbach Total</i>			0,88
Validação Portuguesa Oliveira et al., 2009	Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	12	0,90
	Família: recursos nos cuidados de enfermagem	10	0,84
	Família: um fardo	4	0,49
<i>α Cronbach Total</i>			0,87
Consistência interna da escala utilizada	Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	12	0,89
	Família: recursos nos cuidados de enfermagem	10	0,84
	Família: um fardo	4	0,67
<i>α Cronbach Total</i>			0,86

Fonte: Benzein et al. (2008a); Oliveira et al. (2009)

Anexo C – Respostas ao questionário

Respostas do questionário com todas as dimensões

Questões	n (%)			
	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1 - É importante saber quem são os membros da família do utente	1 (0,1%)	0 (0%)	162 (16,4%)	826 (83,5%)
2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	349 (35,3%)	550 (55,6%)	75 (7,6%)	15 (1,5%)
3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	7 (0,7%)	10 (1%)	320 (32,4%)	652 (65,9%)
4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	7 (0,7%)	26 (2,6%)	345 (34,9%)	611 (61,8%)
5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira (o)	11 (1,1%)	36 (3,6%)	441 (44,6%)	501 (50,7%)
6 - No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	13 (1,3%)	131 (13,2%)	507 (51,3%)	338 (34,2%)
7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	27 (2,7%)	209 (21,1%)	503 (50,9%)	250 (25,3%)
8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias	349 (35,3%)	351 (35,5%)	232 (23,5%)	57 (5,8%)
9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	25 (2,5%)	143 (14,5%)	509 (51,5%)	312 (31,5%)
10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	100 (10,1%)	374 (37,8%)	390 (39,4%)	125 (12,6%)

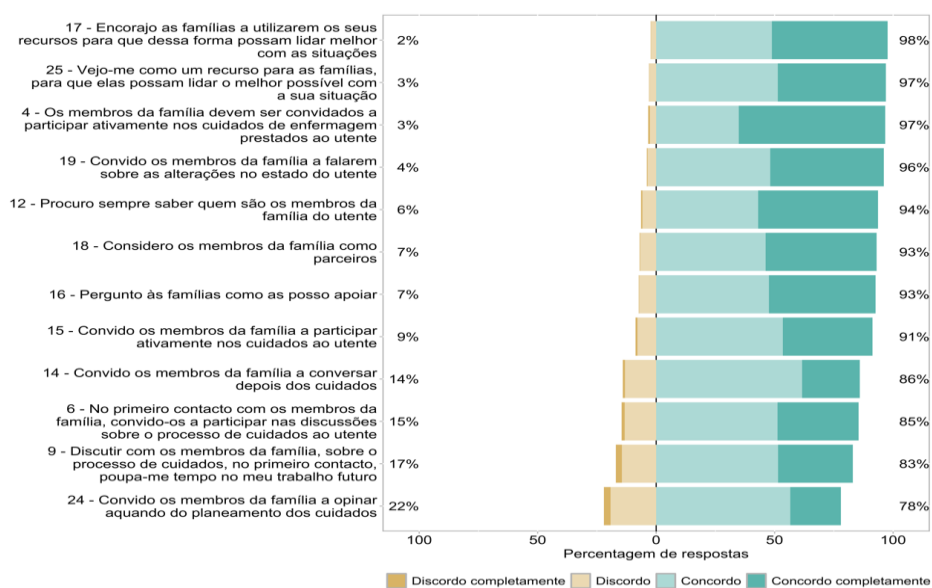
11 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	7 (0,7%)	41 (4,1%)	425 (43%)	516 (52,2%)
12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente	6 (0,6%)	57 (5,8%)	426 (43,1%)	500 (50,6%)
13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos	6 (0,6%)	20 (2%)	351 (35,5%)	612 (61,9%)
14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	9 (0,9%)	130 (13,1%)	609 (61,6%)	241 (24,4%)
15 - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente	8 (0,8%)	78 (7,9%)	529 (53,5%)	374 (37,8%)
16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar	2 (0,2%)	71 (7,2%)	471 (47,6%)	445 (45%)
17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	1 (0,1%)	22 (2,2%)	483 (48,8%)	483 (48,8%)
18 - Considero os membros da família como parceiros	2 (0,2%)	67 (6,8%)	457 (46,2%)	463 (46,8%)
19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	3 (0,3%)	36 (3,6%)	476 (48,1%)	474 (47,9%)
20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	5 (0,5%)	49 (5%)	449 (45,4%)	486 (49,1%)
21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	11 (1,1%)	63 (6,4%)	506 (51,2%)	409 (41,4%)
22 - É importante dedicar tempo às famílias	1 (0,1%)	7 (0,7%)	365 (36,9%)	616 (62,3%)
23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar	183 (18,5%)	422 (42,7%)	296 (29,9%)	88 (8,9%)
24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	28 (2,8%)	190 (19,2%)	560 (56,6%)	211 (21,3%)

25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	1 (0,1%)	29 (2,9%)	508 (51,4%)	451 (45,6%)
26 - A presença de membros da família deixa-me em stress	377 (38,1%)	448 (45,3%)	133 (13,4%)	31 (3,1%)

Dimensão 1: Família como parceiro dialogante e recurso de coping

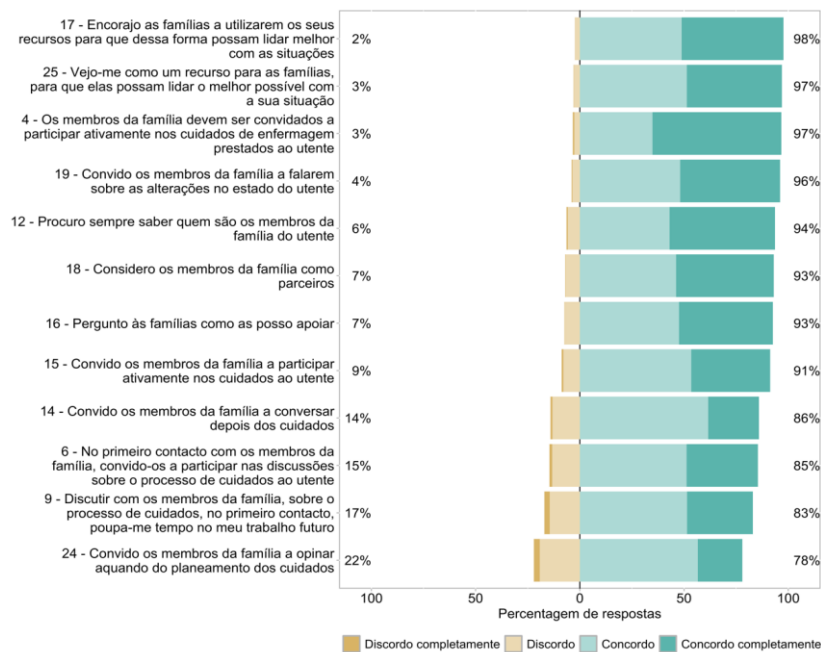
Questões	n (%)			
	Discordo completamente	Discordo	sConcordo	Concordo completamente
4 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	7 (0,7%)	26 (2,6%)	345 (34,9%)	611 (61,8%)
6 - No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	13 (1,3%)	131 (13,2%)	507 (51,3%)	338 (34,2%)
9 - Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	25 (2,5%)	143 (14,5%)	509 (51,5%)	312 (31,5%)
12 - Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente	6 (0,6%)	57 (5,8%)	426 (43,1%)	500 (50,6%)
14 - Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	9 (0,9%)	130 (13,1%)	609 (61,6%)	241 (24,4%)
15 - Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente	8 (0,8%)	78 (7,9%)	529 (53,5%)	374 (37,8%)
16 - Pergunto às famílias como as posso apoiar	2 (0,2%)	71 (7,2%)	471 (47,6%)	445 (45%)

17 - Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	1 (0,1%)	22 (2,2%)	483 (48,8%)	483 (48,8%)
18 - Considero os membros da família como parceiros	2 (0,2%)	67 (6,8%)	457 (46,2%)	463 (46,8%)
19 - Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	3 (0,3%)	36 (3,6%)	476 (48,1%)	474 (47,9%)
24 - Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	28 (2,8%)	190 (19,2%)	560 (56,6%)	211 (21,3%)
25 - Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	1 (0,1%)	29 (2,9%)	508 (51,4%)	451 (45,6%)



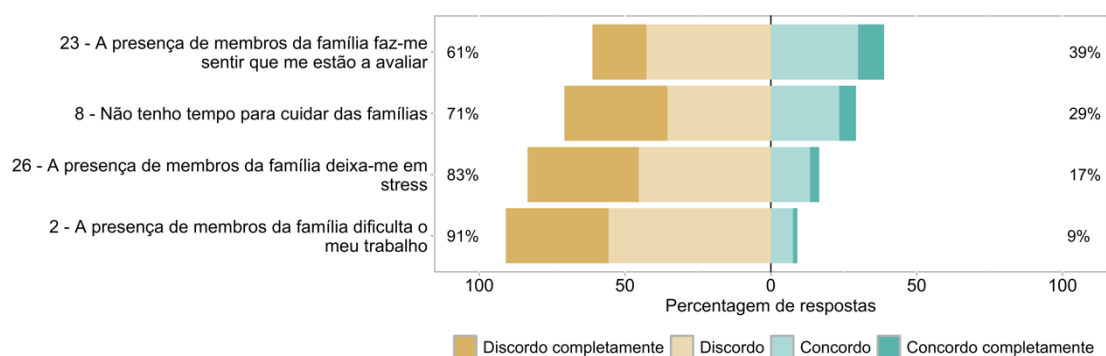
Dimensão 2: Família como recurso dos cuidados de enfermagem

Questões	n (%)			
	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1 - É importante saber quem são os membros da família do utente	1 (0,1%)	0 (0%)	162 (16,4%)	826 (83,5%)
3 - Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	7 (0,7%)	10 (1%)	320 (32,4%)	652 (65,9%)
5 - A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o)	11 (1,1%)	36 (3,6%)	441 (44,6%)	501 (50,7%)
7 - A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	27 (2,7%)	209 (21,1%)	503 (50,9%)	250 (25,3%)
10 - A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	100 (10,1%)	374 (37,8%)	390 (39,4%)	125 (12,6%)
11 - Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	7 (0,7%)	41 (4,1%)	425 (43%)	516 (52,2%)
13 - A presença de membros da família é importante para os mesmos	6 (0,6%)	20 (2%)	351 (35,5%)	612 (61,9%)
20 - O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	5 (0,5%)	49 (5%)	449 (45,4%)	486 (49,1%)
21 - Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	11 (1,1%)	63 (6,4%)	506 (51,2%)	409 (41,4%)
22 - É importante dedicar tempo às famílias	1 (0,1%)	7 (0,7%)	365 (36,9%)	616 (62,3%)



Dimensão 3: Família como um fardo

Questões	n (%)			
	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
2 - A presença de membros da família dificulta o meu trabalho	349 (35,3%)	550 (55,6%)	75 (7,6%)	15 (1,5%)
8 - Não tenho tempo para cuidar das famílias	349 (35,3%)	351 (35,5%)	232 (23,5%)	57 (5,8%)
23 - A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar	183 (18,5%)	422 (42,7%)	296 (29,9%)	88 (8,9%)
26 - A presença de membros da família deixa-me em stress	377 (38,1%)	448 (45,3%)	133 (13,4%)	31 (3,1%)



**Anexo D – TESTE DE DUNN- Comparação entre os grupos de faixas etárias.
Valores do teste de Dunn e valor de p.**

Dimensões	Test de Dunn	
	Idade	<i>p</i> ajustado
Dimensão 1	<=30 - >=51	0,002
	<=30 - 31-40	1,000
	>=51 - 31-40	0,004
	<=30 - 41-50	<0,001
	>=51 - 41-50	1,000
	31-40 - 41-50	<0,001
Dimensão 2	<=30 - >=51	0,191
	<=30 - 31-40	1,000
	>=51 - 31-40	0,270
	<=30 - 41-50	0,006
	>=51 - 41-50	1,000
	31-40 - 41-50	0,013
Dimensão 3	<=30 - >=51	<0,001
	<=30 - 31-40	0,017
	>=51 - 31-40	<0,001
	<=30 - 41-50	<0,001
	>=51 - 41-50	0,015
	31-40 - 41-50	0,006

Total	<=30 - >=51	0,80
	<=30 - 31-40	1,00
	>=51 - 31-40	0,37
	<=30 - 41-50	0,03
	>=51 - 41-50	0,95
	31-40 - 41-50	0,01

Fonte: elaborado pela autora; ns = não significativo ($p > 0,05$)

Anexo E – TESTE DE DUNN - Comparação entre diferentes estados civis. Valores do teste de Dunn e valor de p.

	Estado civil	p ajustado
Dimensão 1	Casado - Divorciado/Separado	1,000
	Casado - Solteiro	<0,001
	Divorciado/Separado - Solteiro	0,020
	Casado - União de facto	0,199
	Divorciado/Separado - União de facto	0,291
	Solteiro - União de facto	1,000
	Casado - Viúvo	1,000
	Divorciado/Separado - Viúvo	1,000
	Solteiro - Viúvo	1,000
	União de facto - Viúvo	1,000
Dimensão 3	Casado - Divorciado/Separado	1,000
	Casado - Solteiro	<0,001
	Divorciado/Separado - Solteiro	<0,001
	Casado - União de facto	0,014
	Divorciado/Separado - União de facto	0,136
	Solteiro - União de facto	0,415
	Casado - Viúvo	1,000
	Divorciado/Separado - Viúvo	1,000
	Solteiro - Viúvo	0,499
	União de facto - Viúvo	1,000

Fonte: elaborado pela autora; ns = não significativo ($p > 0,05$)

Anexo F – Respostas segundo as regiões onde os participantes exercem funções

Variáveis	Total	¹ Média (DP); n (%)
Região em que exerce funções	989	
Aveiro		38 (3,8%)
Beja		6 (0,6%)
Braga		68 (6,9%)
Bragança		13 (1,3%)
Castelo Branco		16 (1,6%)
Coimbra		48 (4,9%)
Évora		15 (1,5%)
Faro		6 (0,6%)
Guarda		3 (0,3%)
Leiria		11 (1,1%)
Lisboa		161 (16,3%)
Portalegre		3 (0,3%)
Porto		438 (44,3%)
Região Autónoma da Madeira		2 (0,2%)
Região Autónoma dos Açores		47 (4,8%)
Santarém		31 (3,1%)
Setúbal		18 (1,8%)
Viana do Castelo		44 (4,4%)
Vila Real		13 (1,3%)
Viseu		8 (0,8%)

Fonte: elaborado pela autora;

Anexo G – TESTE DE DUNN - Comparação entre diferentes regiões. Valores do teste de Dunn e valor de p.

Dimensões	Test de Dunn	
	Diferentes Regiões	<i>p</i> ajustado
Dimensão 1	Arquipélago da Madeira - Arquipélago dos Açores	1,000
	Arquipélago da Madeira - Península de Setúbal	1,000
	Arquipélago dos Açores - Península de Setúbal	1,000
	Arquipélago da Madeira - Região Algarve	1,000
	Arquipélago dos Açores - Região Algarve	1,000
	Península de Setúbal - Região Algarve	1,000
	Arquipélago da Madeira - Região Centro	1,000
	Arquipélago dos Açores - Região Centro	1,000
	Península de Setúbal - Região Centro	1,000
	Região Algarve - Região Centro	1,000
	Arquipélago da Madeira - Região de Lisboa	1,000
	Arquipélago dos Açores - Região de Lisboa	1,000
	Península de Setúbal - Região de Lisboa	0,643
	Região Algarve - Região de Lisboa	1,000
	Região Centro - Região de Lisboa	0,044
	Arquipélago da Madeira - Região do Alentejo	1,000
Arquipélago dos Açores - Região do Alentejo	1,000	

	Península de Setúbal - Região do Alentejo	1,000
	Região Algarve - Região do Alentejo	1,000
	Região Centro - Região do Alentejo	1,000
	Região de Lisboa - Região do Alentejo	1,000
	Arquipélago da Madeira - Região Porto e Norte	1,000
	Arquipélago dos Açores - Região Porto e Norte	1,000
	Península de Setúbal - Região Porto e Norte	1,000
	Região Algarve - Região Porto e Norte	1,000
	Região Centro - Região Porto e Norte	1,000
	Região de Lisboa - Região Porto e Norte	0,048
	Região do Alentejo - Região Porto e Norte	1,000
Dimensão 3	Arquipélago da Madeira - Arquipélago dos Açores	1,000
	Arquipélago da Madeira - Península de Setúbal	1,000
	Arquipélago dos Açores - Península de Setúbal	1,000
	Arquipélago da Madeira - Região Algarve	1,000
	Arquipélago dos Açores - Região Algarve	1,000
	Península de Setúbal - Região Algarve	1,000
	Arquipélago da Madeira - Região Centro	1,000
	Arquipélago dos Açores - Região Centro	1,000
	Península de Setúbal - Região Centro	1,000
	Região Algarve - Região Centro	1,000
	Arquipélago da Madeira - Região de Lisboa	0,376

Arquipélago dos Açores - Região de Lisboa	0,041
Península de Setúbal - Região de Lisboa	0,151
Região Algarve - Região de Lisboa	0,959
Região Centro - Região de Lisboa	0,149
Arquipélago da Madeira - Região do Alentejo	0,759
Arquipélago dos Açores - Região do Alentejo	1,000
Península de Setúbal - Região do Alentejo	1,000
Região Algarve - Região do Alentejo	1,000
Região Centro - Região do Alentejo	1,000
Região de Lisboa - Região do Alentejo	1,000
Arquipélago da Madeira - Região Porto e Norte	1,000
Arquipélago dos Açores - Região Porto e Norte	1,000
Península de Setúbal - Região Porto e Norte	1,000
Região Algarve - Região Porto e Norte	1,000
Região Centro - Região Porto e Norte	1,000
Região de Lisboa - Região Porto e Norte	0,006
Região do Alentejo - Região Porto e Norte	1,000

Fonte: elaborado pela autora; ns = não significativo ($p > 0,05$)

Anexo H – TESTE DE DUNN - Comparação entre as diferentes categorias profissionais. Valores do teste de Dunn e valor de p.

Dimensões		Test de Dunn
	Categoria profissional	<i>p</i> ajustado
Dimensão 1	Enfermeiro - Enfermeiro Especialista	< 0,001
	Enfermeiro - Enfermeiro Gestor	0,082
	Enfermeiro Especialista - Enfermeiro Gestor	1
Dimensão 2	Enfermeiro - Enfermeiro Especialista	< 0,001
	Enfermeiro - Enfermeiro Gestor	0,536
	Enfermeiro Especialista - Enfermeiro Gestor	0,910
Dimensão 3	Enfermeiro - Enfermeiro Especialista	< 0,001
	Enfermeiro - Enfermeiro Gestor	< 0,001
	Enfermeiro Especialista - Enfermeiro Gestor	0,215
Total	Enfermeiro - Enfermeiro Especialista	< 0,001
	Enfermeiro - Enfermeiro Gestor	0,819
	Enfermeiro Especialista - Enfermeiro Gestor	0,778

Fonte: elaborado pela autora; ns= não significativo ($p > 0,05$)

Anexo I – TESTE DE DUNN - Comparação entre os diferentes tempos de serviço profissional e tempos de serviço na categoria. Valores do teste de Dunn e valor de p.

Dimensões	Test de Dunn	
	Tempo de serviço profissional	<i>p</i> ajustado
Dimensão 3	<=10 - >=30	0,013
	<=10 - 11-20	0,004
	>=30 - 11-20	1,000
	<=10 - 21-30	<0,001
	>=30 - 21-30	0,071
	11-20 - 21-30	0,037
	Tempo de serviço na categoria profissional	<i>p</i> ajustado
Dimensão 3	<=10 - >=30	0,495
	<=10 - 11-20	0,010
	>=30 - 11-20	0,296
	<=10 - 21-30	0,085
	>=30 - 21-30	0,987
	11-20 - 21-30	1,000

Fonte: elaborado pela autora; ns = não significativo ($p > 0,05$)

Anexo J – TESTE DE DUNN - Local onde desempenha Funções- Comparação entre os locais onde desempenha funções. Valores do teste de Dunn e valor de p.

Dimensões	Test de Dunn	
	Comparações	<i>p</i> ajustado
Dimensão 1	ECCI - ECSCP	1,000
	ECCI - Hospital	<0,001
	ECSCP - Hospital	0,005
	ECCI - Lar/ERPI	0,202
	ECSCP - Lar/ERPI	1,000
	Hospital - Lar/ERPI	1,000
	ECCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	0,005
	ECSCP - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	0,051
	Hospital - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
	Lar/ERPI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
	ECCI - UCC	1,000
	ECSCP - UCC	1,000
	Hospital - UCC	<0,001
	Lar/ERPI - UCC	1,000
	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCC	0,019
	ECCI - UCSP	0,307
	ECSCP - UCSP	1,000

	Hospital - UCSP	0,171
	Lar/ERPI - UCSP	1,000
	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCSP	1,000
	ECCI - USF	0,429
	ECSCP - USF	1,000
	Hospital - USF	<0,001
	Lar/ERPI - USF	1,000
	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - USF	0,127
	UCC - USF	1,000
	UCSP - USF	1,000
Dimensão 2	ECCI - ECSCP	1,000
	ECCI - Hospital	0,031
	ECSCP - Hospital	0,321
	ECCI - Lar/ERPI	1,000
	ECSCP - Lar/ERPI	1,000
	Hospital - Lar/ERPI	1,000
	ECCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	0,251
	ECSCP - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
	Hospital - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000

Lar/ERPI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
ECCI - UCC	1,000
ECSCP - UCC	1,000
Hospital - UCC	<0,001
Lar/ERPI - UCC	0,447
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCC	0,035
ECCI - UCSP	1,000
ECSCP - UCSP	1,000
Hospital - UCSP	1,000
Lar/ERPI - UCSP	1,000
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCSP	1,000
UCC - UCSP	0,289
ECCI - USF	1,000
ECSCP - USF	1,000
Hospital - USF	<0,001
Lar/ERPI - USF	1,000
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - USF	0,503
UCC - USF	1,000
UCSP - USF	1,000
Dimensão 3	ECCI - ECSCP
	1,000

ECCI - Hospital	0,046
ECSCP - Hospital	0,148
ECCI - Lar/ERPI	0,245
ECSCP - Lar/ERPI	0,488
Hospital - Lar/ERPI	1,000
ECCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	0,477
ECSCP - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	0,880
Hospital - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
Lar/ERPI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
ECCI - UCC	1,000
ECSCP - UCC	1,000
Hospital - UCC	0,036
Lar/ERPI - UCC	1,000
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCC	1,000
ECCI - UCSP	1,000
ECSCP - UCSP	1,000
Hospital - UCSP	0,197
Lar/ERPI - UCSP	1,000
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCSP	1,000

	UCC - UCSP	1,000
	ECCI - USF	1,000
	ECSCP - USF	1,000
	Hospital - USF	<0,001
	Lar/ERPI - USF	0,403
	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - USF	0,984
	UCC - USF	1,000
	UCSP - USF	1,000
Total	ECCI - ECSCP	1,000
	ECCI - Hospital	0,005
	ECSCP - Hospital	0,057
	ECCI - Lar/ERPI	1,000
	ECSCP - Lar/ERPI	1,000
	Hospital - Lar/ERPI	1,000
	ECCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	0,071
	ECSCP - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	0,296
	Hospital - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
	Lar/ERPI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1,000
	ECCI - UCC	1,000
	ECSCP - UCC	1,000

Hospital - UCC	<0,001
Lar/ERPI - UCC	1,000
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCC	0,029
ECCI - UCSP	0,661
ECSCP - UCSP	1,000
Hospital - UCSP	1,000
Lar/ERPI - UCSP	1,000
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - UCSP	1,000
UCC - UCSP	0,499
ECCI - USF	1,000
ECSCP - USF	1,000
Hospital - USF	<0,001
Lar/ERPI - USF	1,000
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - USF	0,549
UCC - USF	0,944
UCSP - USF	1,000

Fonte: elaborado pela autora; ns = não significativo ($p>0,05$)

Anexo K – Comparação de médias e desvios padrão das pontuações obtidas das dimensões da IFCE-AE e escala global face às variáveis: tipo de especialidade. Valores dos testes Kruskal-Wallis e valor de p.

Variável	Dimensão 1		Dimensão 2		Dimensão 3		Score total	
Especialidade	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Não	38,9	5,1	33,3	3,9	8,3	2,2	80,5	8,3
Sim	40,9	5,0	34,6	3,9	7,3	2,2	82,7	7,9
Mann Whitney	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	91972,5	<0,001	97852,5	<0,001	152368,5	<0,001	100504,5	<0,001
Tipo de especialidade	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Enfermagem Comunitária	41,3	4,5	34,9	3,8	7,3	2,3	83,5	7,6
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	40,7	4,3	35,0	3,6	7,5	2,7	83,1	7,7
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	43,5	3,8	36,9	2,7	6,8	2,6	87,2	5,1
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	44,4	3,5	38,4	1,5	6,0	1,0	88,8	4,4

Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	38,5	4,0	31,2	3,1	7,4	1,8	77,1	7,3
Enfermagem de Reabilitação	40,7	4,8	34,6	3,7	7,3	2,0	82,6	7,2
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	41,0	4,8	34,5	3,7	7,0	2,1	82,5	7,2
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	42,4	5,0	35,4	3,8	6,8	2,4	84,6	7,9
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	42,7	4,7	35,8	3,3	7,2	2,6	85,7	7,0
Enfermagem Médico-Cirúrgica	39,1	5,5	33,4	3,4	7,4	2,0	79,9	8,1
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	37,8	4,8	30,8	3,2	8,0	1,5	76,7	7,1

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	40,0	7,2	33,3	4,5	8,7	3,8	82,0	12,1
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	36,1	5,1	30,4	4,0	8,3	2,1	74,8	8,4
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	41,7	9,3	35,7	4,5	6,3	2,1	83,7	11,9
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	40,7	3,1	35,0	1,7	7,3	1,5	83,0	4,4
Kruskal-Wallis	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>	<i>Chi-squared</i>	<i>p</i>
	47,8	<0,001	62,4	<0,001	14,5	0,412	54,6	<0,001

Anexo L – TESTE DE DUNN - Comparação entre o tipo de especialidade. Valores do teste de Dunn e valor de p.

Dimensões		Test de Dunn
	Tipo de especialidade	p ajustado
Dimensão 1	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,230
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,897
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Reabilitação	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Reabilitação	1,000
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Reabilitação	1,000

Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Reabilitação	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Reabilitação	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	0,762
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000

Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	0,427
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,100
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,382

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,143
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,522
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,943
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000

Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,002
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,218
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,048
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000

Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,011
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,015
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico- Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000

	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
	Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
	Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico- Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
	Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Dimensão 2	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000

Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,210
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,586
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,004
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,019
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Reabilitação	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Reabilitação	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Reabilitação	0,564
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Reabilitação	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Reabilitação	0,419
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	0,422
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	0,857
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	0,793
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000

Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	0,101
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	0,038
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000

Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,028
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,173
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,304
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,620
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,027
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,036
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,326
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,162
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000

Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,015
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,002
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,001
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,006
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,932
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000

Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000

Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000

	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Total	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais	1,000
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,807
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	1,000
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,029
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar	0,270
	Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Reabilitação	1,000
	Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Reabilitação	1,000
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Reabilitação	0,539
	Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Reabilitação	1,000

Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Reabilitação	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	0,517
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	0,445
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	0,099
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,035
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,838
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,999
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica	0,116

Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,134
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,418
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	0,390
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000

Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,030
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,018
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,003

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	0,012
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	<0,001
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico- Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico- Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	1,000
Enfermagem Comunitária - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar; e especialidades adicionais - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Comunitária; Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Reabilitação - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica e especialidades adicionais - Enfermagem Médico- Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	1,000

Anexo M – Características sociodemográficas dos participantes nos dois contextos do estudo e características sociodemográficas dos participantes com ou sem formação na área de enfermagem de Saúde Familiar

Características sociodemográficas dos participantes nos dois contextos do estudo

Características sociodemográficas	CSP	Hospital
Gênero	Masculino = 10,6%	Masculino = 17,1%
	Feminino = 89,4%	Feminino = 82,9%
Idade	M = 43,3; DP = 9,4	M = 36,7; DP = 10,8
Formação acadêmica	Bacharelato = 0,8%	Bacharelato = 0,5%
	Doutoramento = 0,3%	Doutoramento = 1,0%
	Licenciatura = 74,7%	Licenciatura = 74,9%
	Mestrado = 24,2%	Mestrado = 23,6%
Exercício profissional	Tempo de exercício: M = 20,1; DP = 9,3	Tempo de exercício: M = 13,5; DP = 10,7
		Experiência em CSP: 15,1%
Formação em enfermagem de saúde familiar (11,2%)	Especialidade = 5,5%	Especialidade = 10,0%
	Formação em serviço = 23,0%	Formação em serviço = 15,0%
	Mestrado = 22,0%	Mestrado = 30,0%
	Pós-Graduação = 49,5%	Pós-Graduação = 45,0%

Fonte: elaborado pela autora. **Legenda:** CSP (Cuidados de Saúde Primários); M = Média;
DP=Desvio padrão

Características sociodemográficas dos participantes com ou sem formação na área de enfermagem de Saúde Familiar

Características socio-demográficas	Com formação em Enfermagem de Saúde Familiar	Sem formação em Enfermagem de Saúde Familiar
Idade	M = 43,9; DP = 8,5	M = 38,7; DP = 10,8
Região em que exerce funções	Arquipélago da Madeira = 0%	Arquipélago da Madeira = 0,2%
	Arquipélago dos Açores = 3,6%	Arquipélago dos Açores = 4,9%
	Península de Setúbal = 0,9%	Península de Setúbal = 1,9%
	Região do Algarve = 0,9%	Região do Algarve = 0,6%
	Região Centro = 20,7%	Região Centro = 11,5%
	Região de Lisboa = 3,6%	Região de Lisboa = 17,8%
	Região do Alentejo = 0,9%	Região do Alentejo = 6,2%
	Região Porto e Norte = 69,4%	Região Porto e Norte = 56,9%

Fonte: elaborado pela autora. **Legenda:** M = Média; DP=Desvio padrão

Anexo N – TESTE DE DUNN - Comparação entre ter ou não experiência em cuidados de saúde primários. Valores do teste de Dunn e valor de p.

Dimensões	Test de Dunn	
	Experiência em cuidados de saúde primários	<i>p</i> ajustado
Dimensão 1	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários	0,968
	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	<0,001
	Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	<0,001
Dimensão 2	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários	1,000
	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	0,001
	Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	<0,001
Dimensão 3	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários	1,000
	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	<0,001
	Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	<0,001
Total	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários	0,864
	Hospital e já trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	0,002
	Hospital e não trabalhou em cuidados de saúde primários - Cuidados de saúde Primários	<0,001

Fonte: elaborado pela autora; ns = não significativo ($p>0,05$)

ANEXO O – Pareceres dos diferentes Serviços

De: Pedro Miguel Carrapato (HBA) <Pedro.Carrapato@hbeatrizangelo.pt>

Enviado: 14 de dezembro de 2023 17:17

Para: Maria Cristina Pinto Mendes <mcmendes@arsnorte.min-saude.pt>

Cc: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Assunto: FW: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Boa tarde

Informo que foi hoje partilhado com todos os enfermeiros do Hospital Beatriz Ângelo o link de acesso ao questionário.

Segue em anexo aprovação da comissão de investigação clínica para vosso arquivo.

Votos de bom trabalho

Pedro Miguel Carrapato



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Enfermeiro Diretor

De: UCC Castelo da Maia <ucc.castelomaia@arsnorte.min-saude.pt>

Enviado: 6 de dezembro de 2023 12:22

Para: Amelia Maria Ferreira Maia Goncalves <amfmgoncalves@arsnorte.min-saude.pt>; Lucinda Maria Ribeiro Ramos <lramos@arsnorte.min-saude.pt>; Paula Manuela Oliveira Teixeira Soares Campos <pmotscampos@arsnorte.min-saude.pt>; Arminda Maria Fernandes Borges Cordeiro <amfbcordeiro@arsnorte.min-saude.pt>; José Alexandre Pinto Soares <jasoares@arsnorte.min-saude.pt>; Cristiana Manuel Sanfins Moura <cmsmoura@arsnorte.min-saude.pt>; Carla Sofia Nunes Paiva <cspaiva@arsnorte.min-saude.pt>; Patricia Isabel Reis Carneiro <pcarneiro@arsnorte.min-saude.pt>; Nelia Conceicao Rodrigues Manso <nmanso@arsnorte.min-saude.pt>; Rita Pinheiro Pinto <rita.pinto@arsnorte.min-saude.pt>; Vania Sofia Nunes Paiva <vspaiva@arsnorte.min-saude.pt>; Helder Brizida Lima <hblima@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Conceicao Santos Pinho <mccspinho@arsnorte.min-saude.pt>; Antonio Luis Lemos Castelo <antonio.castelo@arsnorte.min-saude.pt>

Assunto: FW: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Exma. (o) Sra. Sr.

Para conhecimento de todos os profissionais da UCC Castêlo da Maia.

Com os melhores cumprimentos,

Assistente Técnica

Maria Conceição Pinho



De: ACES - Porto III - Maia / Valongo <aces.maiavalongo@arsnorte.min-saude.pt>

Enviado: 6 de dezembro de 2023 08:46

Para: Antonio Maria Pires Sousa <ampsousa@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Cristina Barbosa Freitas <mcristina.freitas@arsnorte.min-saude.pt>; Natalia Maria Martins Ferreira <nmfereira@arsnorte.min-saude.pt>; Fernanda Maria Valente Sousa <fsousa@arsnorte.min-saude.pt>; Manuel Maria Botelho Gomes Barbosa <mmbgbarbosa@arsnorte.min-saude.pt>; Olga Conceicao Costa Maia <omaia@arsnorte.min-saude.pt>; Helder Brizida Lima <hblima@arsnorte.min-saude.pt>; Paula Cristina Magalhaes Martins <pcmmartins@arsnorte.min-saude.pt>; Susana Manuela Sousa Cunha <smscunha@arsnorte.min-saude.pt>; Rui Pedro Marques Silva <rpmsilva@arsnorte.min-saude.pt>; Lisete Carvalho Pinto Silva Oliva Teles <lleteles@arsnorte.min-saude.pt>; Ana Paula Henriques Gomes Silva <aphsilva@arsnorte.min-saude.pt>; Ana Sofia Abreu Lisboa <alisboa@arsnorte.min-saude.pt>; Susana Cristina Almeida Moreira Figueiredo <scamfigueiredo@arsnorte.min-saude.pt>; Sergio Aires Abreu Goncalves <saaggoncalves@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Antonieta Sa Peereira Moniz <maspmoniz@arsnorte.min-saude.pt>; Ana Cristina Rodrigues Pinto Varandas <acrpvarandas@arsnorte.min-saude.pt>; Carla Andreia Santos Lameirao Mendes <cmendes@arsnorte.min-saude.pt>; Antonio Manuel Moreira Serrano <aserrano@arsnorte.min-saude.pt>; Emilia Celeste Silva Mendes <ecsmendes@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Isabel Cortijo Oliveira <micoliveira@arsnorte.min-saude.pt>; Vania Alexandra Cepeda Oliveira <vacoliveira@arsnorte.min-saude.pt>; Sabina Moreira Nogueira Santos <smnsantos@arsnorte.min-saude.pt>; Filipa Fernandes Albuquerque Tavares <fttavares@arsnorte.min-saude.pt>; Pedro Alexandre Pereira dos Santos Barbosa <pedro.barbosa@arsnorte.min-saude.pt>; Elsa Marisa Carneiro Maia <emaia@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Ascencio Silva Dias Ferreira <masferreira@arsnorte.min-saude.pt>; Barbara Teves Veiga Reis <breis@arsnorte.min-saude.pt>; Ana Teresa Botelho Patricio <apatricio@arsnorte.min-saude.pt>; USP Maia/Valongo <usp.maiavalongo@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Helena Reis Marques Teixeira <mhmrteixeira@arsnorte.min-saude.pt>

Cc: Aurea Maria Figueiredo Jorge <amfjorge@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Paula Pinto Andrade Mouta <mppamouta@arsnorte.min-saude.pt>; Luis Renato Martins Figueiredo <lrfigueiredo@arsnorte.min-saude.pt>; Jose Luis Dine Falcao Sincor Sepulveda <jlfssepulveda@arsnorte.min-saude.pt>; Ligia Marisa Barbosa Silva <lmrsilva@arsnorte.min-saude.pt>; Jorge Antonio Ribeiro Grave <jgrave@arsnorte.min-saude.pt>; Eugenia Ceu Rodrigues Martins Rocha <ecrmrocha@arsnorte.min-saude.pt>; CDP Valongo <cdp.valongo@arsnorte.min-saude.pt>; CDP Maia <cdp.maia@arsnorte.min-saude.pt>; Maria Cristina Barbosa Freitas <mcristina.freitas@arsnorte.min-saude.pt>; ACES Maia/Valongo - Edif. Santa Casa <ecl.maiavalongo@arsnorte.min-saude.pt>; ECL Maia <ecl.maia@arsnorte.min-saude.pt>; ECL Valongo <ecl.valongo@arsnorte.min-saude.pt>; Lilia Cristina Sousa Conde <lcsconde@arsnorte.min-saude.pt>; inesmargarida@gmail.com <inesmargarida@gmail.com>; ECSCP Maia Valongo <ecscp.maiavalongo@arsnorte.min-saude.pt>; UCC Maia <ucc.maia@arsnorte.min-saude.pt>; UCC Castelo da Maia <ucc.castelomaia@arsnorte.min-saude.pt>; UCC Aguas Santas <ucc.aguassantas@arsnorte.min-saude.pt>; UCC Vallis Longus <ucc.vallislongus@arsnorte.min-saude.pt>; UCC Ermesinde <ucc.ermesinde@arsnorte.min-saude.pt>; UCSP Maia - Nogueira <us.nogueira@arsnorte.min-saude.pt>; UCSP Maia - Milheiros <us.milheiros@arsnorte.min-saude.pt>; UCSP Ermesinde I <ucsp.ermesinde@arsnorte.min-saude.pt>; USF Alto da Maia <usf.altomaia@arsnorte.min-saude.pt>; USF Saude em Familia <usf.saudeemfamilia@arsnorte.min-saude.pt>; USF Pedras Rubras <usf.pedrasrubras@arsnorte.min-saude.pt>; USF Viver Mais <usf.vivermais@arsnorte.min-saude.pt>; USF Iris <usf.iris@arsnorte.min-saude.pt>; USF Emilio Peres <usf.emilioperes@arsnorte.min-saude.pt>; USF Ermesinde <usf.ermesinde@arsnorte.min-saude.pt>; USF Bela Saude <usf.belasaude@arsnorte.min-saude.pt>; USF Alfena <usf.alfena@arsnorte.min-saude.pt>; USF Valongo <usf.valongo@arsnorte.min-saude.pt>; USF Santa Justa <usf.santajusta@arsnorte.min-saude.pt>; USF DE S. João de Sobrado <usf.sjoaosobrado@arsnorte.min-saude.pt>; USF Campo <usf.campo@arsnorte.min-saude.pt>; USF Terras da Maia <usf.terrasmaia@arsnorte.min-saude.pt>; USF Piramides <usf.piramides@arsnorte.min-saude.pt>; USF Odisseia <usf.odisseia@arsnorte.min-saude.pt>; USF Lidador <usf.lidador@arsnorte.min-saude.pt>

Assunto: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

De: Maria Cristina Pinto Mendes <mcsmendes@arsnorte.min-saude.pt>

Enviado: terça-feira, 5 de dezembro de 2023 09:49

Assunto: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACeS Maia/Valongo,
Dr. Júlio Nunes,

Maria Cristina Pinto Mendes, enfermeira a exercer funções no ACeS Maia/Valongo e aluna do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, no Instituto Politécnico de Bragança, vem por este meio, para efeitos de dissertação, solicitar a sua colaboração na partilha de um questionário pelos enfermeiros que exercem funções no ACeS que possa excelência dirige.

O estudo intitulado "Importância atribuída à participação da família na prestação de cuidados - atitudes dos enfermeiros", tem como orientador o Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e como coorientadora a Enfermeira e Mestre Dora Margarida Ribeiro Machado e objetiva analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros e as suas atitudes relativamente à importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. A participação carece do preenchimento de um questionário que se prevê não levar mais de 12 minutos, cujo link partilho:

<https://forms.office.com/e/BE1uANnmEQ>

O estudo tem parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança.

Caso persista alguma dúvida ou necessite de mais esclarecimentos adicionais, por favor entre em contacto através deste endereço de email: mcsmendes@arsnorte.min-saude.pt

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Peço deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Mendes
Enfermeira de Família



USF Saúde em Família
Rua de Angola, 180
4425 - 614 Pedrouços / Maia
Telf: 229774710



Maribel Santos Fernandes

Para: Liliana Patricia Neves Castro; Ana Cristina Moreira Ascencao; Ana Sofia Morais Cristão; Fernanda Helena Rodrigues Sousa; Gabriela Felicio Tavares; Joao Miguel Raimundo Eira; **Mais 135**
Cc: Maria Cristina Pinto Mendes; mambras@gmail.com; Dora Margarida Ribeiro Machado

Bom Dia Caros Colegas

Reencaminho mail infra, para conhecimento e se entenderem, participação no solicitado.
Obrigada

Com os Melhores Cumprimentos,

Maribel Fernandes
Enfermeira Gestora
Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
Direção de Enfermagem

ACES GONDOMAR
mfernandes@arsnorte.min-saude.pt

Rua Actor Mário Viegas
4435-076 Rio Tinto, PORTUGAL
+351 22 466 3136



From: Maria Cristina Pinto Mendes [<mailto:mcmendes@arsnorte.min-saude.pt>]

Sent: 7 de dezembro de 2023 15:08

Cc: mambras@gmail.com; Dora Margarida Ribeiro Machado

Subject: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Importance: High

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a) Clínico(a) do Centro Hospitalar,

Maria Cristina Pinto Mendes, enfermeira a exercer funções no ACeS Maia/Valongo e aluna do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, no Instituto Politécnico de Bragança, vem por este meio, para efeitos de dissertação, solicitar a sua colaboração na partilha de um questionário pelos enfermeiros que exercem funções no Hospital que vossa excelência dirige.

O estudo intitulado "**Importância atribuída à participação da família na prestação de cuidados - atitudes dos enfermeiros**", tem como orientador o Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e como coorientadora a Enfermeira e Mestre Dora Margarida Ribeiro Machado e objetiva analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros e as suas atitudes relativamente à importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. A participação carece do preenchimento de um questionário que se prevê não levar mais de 12 minutos, cujo link partilho:

<https://forms.office.com/e/BE1uANmEQ>

O estudo tem parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança.

Caso persista alguma dúvida ou necessite de mais esclarecimentos adicionais, por favor entre em contacto através deste endereço de email: mcmendes@arsnorte.min-saude.pt

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Peço deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Mendes
Enfermeira de Família

De: Cecilia Maria Gonzalez Nunes Gomes <cecilia.nunes.gomes@hospitaldecascais.pt>

Enviado: 20 de março de 2024 11:18

Para: Maria Cristina Pinto Mendes <mcmendes@arsnorte.min-saude.pt>

Cc: Sandra da Silva Cortes Francisco <sandra.cortes.francisco@hospitaldecascais.pt>; dulce.cachata.goncalves <dulce.cachata.goncalves@hospitaldecascais.pt>; Cecilia Maria Gonzalez Nunes Gomes <cecilia.nunes.gomes@hospitaldecascais.pt>

Assunto: FW: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Cara Enfª Maria Mendes,

Vimos por este meio questionar até quando o link para a participação no seu estudo se manterá ativo.

Agradecemos ainda o envio do parecer favorável da Comissão de Ética, para a realização do mesmo.

Muito obrigada.

Com os melhores cumprimentos,

Centro de Investigação Clínica

investigacao@hospitaldecascais.pt

Avenida Brigadeiro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcabideche

Tel. (+351) 214 653 000 • Ext.: 31128

[Twitter](#) | [LinkedIn](#)

De: HCascais - Investigação <investigacao@hospitaldecascais.pt>

Enviado: 28 de março de 2024 09:28

Para: Maria Cristina Pinto Mendes <maria.cristina.mendes@ulssjoao.min-saude.pt>; Maria Cristina Pinto Mendes <mcmendes@arsnorte.min-saude.pt>

Cc: Cecilia Maria Gonzalez Nunes Gomes <cecilia.nunes.gomes@hospitaldecascais.pt>

Assunto: RE: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Bom dia Enfª Cristina,

Partilhamos na altura que nos solicitou.

Questionámos se ainda estaria ativo dado que na próxima semana vamos lançar a nossa primeira edição da newsletter interna e iremos ter um local de divulgação e, nesse sentido, caso considere ainda viável, poderemos voltar a divulgar.

O lançamento está previsto para dia 1 de abril.

Votos de Boa Páscoa!

Com os melhores cumprimentos,

Centro de Investigação Clínica

investigacao@hospitaldecascais.pt

Avenida Brigadeiro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcábaldeche

Tel. (+351) 214 653 000 • Ext.: 31128

[Twitter](#) | [LinkedIn](#)

De: Maria Cristina Pinto Mendes <mcmendes@arsnorte.min-saude.pt>

Enviado: 20 de março de 2024 17:47

Para: Cecilia Maria Gonzalez Nunes Gomes <cecilia.nunes.gomes@hospitaldecascais.pt>

Assunto: RE: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Boa Tarde,

Desde já agradeço a resposta ao meu email. O estudo mantém-se ativo até ao dia 28 de março.

Segue em anexo o parecer da comissão de ética do IPB.

Com os melhores cumprimentos,

Enfª Cristina Mendes

Enfermeira de Família

De: Maria Cristina Pinto Mendes <maria.cristina.mendes@ulssjoao.min-saude.pt>

Enviada: 28 de março de 2024 09:21

Para: Maria Cristina Pinto Mendes <mcmendes@arsnorte.min-saude.pt>; Cecilia Maria Gonzalez Nunes Gomes <cecilia.nunes.gomes@hospitaldecascais.pt>

Assunto: RE: Estudo de Investigação no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Bom dia,

Venho por este meio questionar se tiveram oportunidade de partilhar o estudo em questão, em caso afirmativo posso alargar a recolha até Terça feira dia 02 de Abril.

Votos de uma excelente Páscoa.

Com os melhores cumprimentos,

Enfª Cristina Mendes

Enfermeira de Família