



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA
RELACIONADA COM OS CUIDADOS À FAMÍLIA
NO ÂMBITO DO PAPEL PARENTAL**

DISSERTAÇÃO

Pedro Henrique Gonçalves da Silva

Porto | 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária

CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA
RELACIONADA COM OS CUIDADOS À FAMÍLIA NO
ÂMBITO DO PAPEL PARENTAL

FAMILY NURSES WORKLOAD RELATED TO FAMILY CARE
WITHIN THE SCOPE OF PARENTAL ROLE

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria
Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo e coorientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Henriques Pereira
Ferreira

Pedro Henrique Gonçalves da Silva

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

Após esta caminhada não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, me acompanharam, levantaram ou impeliram, contribuindo para o meu sucesso.

Às Professoras Doutoras Henriqueta Figueiredo e Manuela Ferreira pelo apoio e orientação fundamentais para o desenlace desta aventura acadêmica.

À Marlene Lebreiro e ao António Dias pelos desabaços, companheirismo e ajuda que me proporcionaram.

A todos os colegas enfermeiros que, para além de todas as contingências que suportaram durante estes longos meses, aceitaram colaborar neste estudo, e sem os quais não teria sido possível a sua realização.

A toda a minha família pelo apoio e motivação permanentes.

Um louvor muito especial à minha esposa Leonilde, o pilar que me sustentou nas turbulências desta jornada, pela sua resiliência, por tudo o que suportou por mim e pelo seu amor.

E outro aos meus filhos Matilde e Diogo, de quem desviei muito tempo e dedicação durante esta fase, mas que ainda assim, sem se aperceberem, foram fundamentais para a manutenção da minha saúde mental e alegria através do seu carinho e amor e pela “exigência” para brincar com eles, mesmo que apenas pelos breves momentos que a minha “carga de trabalho” permitiu.

Para todos, um sincero agradecimento com enorme respeito e admiração.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACTENFF - Avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CNA - Canadian Nurses Association

COVID-19 - Doença de coronavírus 2019

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Desvio Padrão

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF_CSP - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários

NursID - Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - Organization of Economic Cooperation and Development

ONU - Organização das Nações Unidas

RMG - Rendimento Mínimo Garantido

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

RESUMO

No contexto dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal, o enfermeiro de família assume a prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, no âmbito do papel parental, promovendo a sua capacitação para o desempenho do mesmo. No exercício profissional, tem o dever de garantir a segurança e qualidade dos cuidados, de acordo com as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, que contemplam a influência da carga de trabalho.

Foi realizado um estudo para identificar as intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental, determinar o tempo gasto em cada uma dessas intervenções e no seu conjunto, e analisar a relação entre a composição familiar, classe social e perceção da funcionalidade da família e o tempo gasto nas intervenções realizadas. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, cuja amostra não probabilística acidental incluiu 170 famílias inscritas nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), inserido numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal, a quem foi aplicado o formulário “IACTENFF - Consulta de Enfermagem à Família_CE”, entre Maio e Julho de 2021.

Destacou-se uma maior intervenção dos enfermeiros de família na vertente do conhecimento do papel, sobretudo na avaliação do conhecimento e ensino sobre o desenvolvimento infantil e o padrão alimentar. Em média, foram necessários 20,46 minutos por consulta, para o enfermeiro de família realizar o conjunto de intervenções no âmbito do papel parental. Desse tempo, 13,53 minutos foram dedicados a intervenções sobre o conhecimento do papel, 5,28 minutos sobre comportamentos de adesão, 1,55 minutos sobre consenso, conflito e saturação do papel e 0,10 minutos sobre a adaptação da família à escola. As famílias com mais filhos e com filho mais velho com mais idade implicaram maior gasto de tempo do enfermeiro de família nas intervenções associadas aos comportamentos de adesão. No caso de famílias com nível socioeconómico superior, o tempo gasto pelo enfermeiro de família foi superior em todas as dimensões operativas do papel parental. Nas famílias com perceção de disfuncionalidade familiar, o enfermeiro de família gastou mais tempo para intervir sobre o “conhecimento do papel”, “comportamentos de adesão” e “consenso, conflito e saturação do papel”. Estes resultados podem contribuir para a construção de uma matriz orientadora de dotação segura para os enfermeiros de família.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários; Enfermeiro de Família; Família; Dotações Seguras; Carga de Trabalho.

ABSTRACT

In the context of primary health care (CSP) in Portugal, the family nurse assumes the provision of care to the family as a care unit, within the scope of the parental role, promoting their capacity to perform the same. In professional practice, it has the duty to ensure the safety and quality of care, according by safe staffing of nursing care, which includes workload's influence.

A study was carried out to identify the interventions that family nurses perform within the scope of parental role, determine the time spent on each of these interventions and as a whole, and analyze the relationship between family composition, social class and the family functionality perception and the time spent in the interventions performed. This is a descriptive-correlational study of a quantitative nature, whose accidental non-probabilistic sample included 170 families enrolled in the Family Health Units (USF) and Personalized Health Care Units (UCSP) of a Health Centers Group (ACeS), inserted in a Local Health Unit (ULS) in the northern region of Portugal, to whom the "IACTENFF - Consulta de Enfermagem à Família_CE" form was applied, between May and July of 2021.

A greater intervention of family nurses within role knowledge was highlighted, especially in knowledge evaluation and teaching about child development and eating patterns. On average, the family nurse took 20,46 minutes per consultation to carry out the set of interventions within the scope of the parental role. Of this time, 13,53 minutes were devoted to interventions on role knowledge, 5,28 minutes on adherence behaviors, 1,55 minutes on consensus, conflict and role saturation and 0,10 minutes on the family's adaptation to the school. Families with more children and an older child with more age involved more time spent by the family nurse on interventions associated with adherence behaviors. In the case of families with higher socioeconomic status, the time spent by the family nurse was higher in all parental role operative dimensions. In families with family dysfunction perception, the family nurse spent more time to intervene on "role knowledge", "adherence behaviors" and "consensus, conflict and role saturation". These results can contribute to a guiding matrix construction of safe staffing for family nurses.

Keywords: Primary Health Care; Family Nurse; Family; Safe Staffing; Workload.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. Cuidados de Saúde Primários	21
1.2. Família como unidade de cuidados	27
1.3. Dotações seguras dos cuidados de enfermagem	34
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	41
2.1. Tipo de estudo	41
2.2. População e amostra	42
2.3. Instrumentos de colheita de dados	43
2.4. Operacionalização das variáveis	46
2.5. Procedimento de colheita de dados.....	49
2.6. Tratamento e análise dos dados	51
2.7. Considerações ético-legais	52
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	53
3.1. Composição familiar	53
3.2. Tipo de família.....	54
3.3. Classe social	55
3.4. Perceção da funcionalidade da família	57
3.5. Intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental e o tempo gasto na sua realização.....	58
3.6. Relação entre as características da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental	66
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	97
Anexo 1: Instrumento de colheita de dados: IACTENFF - Consulta de enfermagem à famíli_CE	
Anexo 2: Autorização para realização do estudo	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição das famílias segundo o tipo de família 54

GRÁFICO 2: Distribuição das famílias segundo a percepção da funcionalidade da família... 57

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das famílias segundo o número de elementos do agregado familiar	53
TABELA 2: Distribuição das famílias segundo o número de filhos	54
TABELA 3: Distribuição das famílias segundo a classe social	55
TABELA 4: Distribuição das questões relativas à Escala de Apgar Familiar de Smilkstein ..	57
Tabela 5: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão conhecimento do papel	58
Tabela 6: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão conhecimento do papel (continuação)	59
TABELA 7: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão conhecimento do papel (continuação)	60
TABELA 8: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão comportamento de adesão	62
TABELA 9: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão adaptação da família à escola	63
TABELA 10: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão consenso, conflito e saturação do papel	64
TABELA 11: Distribuição do tempo gasto por consulta pelas dimensões operativas do papel parental.....	65
TABELA 12: Correlação entre as características da família e o tempo gasto no conjunto de intervenções de cada dimensão operativa do papel parental	66

INTRODUÇÃO

Este relatório foi produzido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, que visa preparar os enfermeiros especialistas para aprofundarem conhecimentos sobre as práticas clínicas, contribuírem para a melhoria da saúde e do sistema de saúde e desenvolverem competências ao nível do processo de investigação e análise crítica (ESEP, 2021a).

Os CSP constituem o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde (Pisco & Pinto, 2020). Procuram satisfazer as necessidades relacionadas com a saúde das pessoas, famílias e comunidades, focam-se nos fatores que influenciam a sua saúde e na sua capacitação para otimizá-la, ao longo de toda a vida e percorrendo os vários níveis de prevenção (World Health Organization [WHO], 2019a).

Tendo em consideração a evolução a nível legislativo e organizativo dos CSP em Portugal, e a sua atual estrutura e organização, as USF e UCSP evidenciam-se enquanto serviços que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a indivíduos e famílias (Decreto-lei nº 28/2008, 2008; Decreto-Lei nº 73/2017, 2017).

Neste contexto, o enfermeiro de família, enquanto elemento que integra estas unidades de saúde, é um profissional fundamental na prestação de cuidados à família como unidade de cuidados, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (Decreto-lei nº 118/2014, 2014). Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar compete promover a capacitação da família, “. . . focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19357).

A família tem emergido como uma unidade de cuidados alvo da avaliação e intervenção do enfermeiro, sendo que, a compreensão da estrutura familiar e dos seus processos de desenvolvimento e funcionamento constituem-se como pilares dos cuidados com vista a capacitá-la para enfrentar os desafios decorrentes da sua evolução ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2013).

Neste percurso evolutivo, a parentalidade destaca-se como uma transição marcada pela definição de novos papéis e responsabilidades (Figueiredo, 2013). Constitui um processo contínuo ao longo do tempo em que os pais necessitam de integrar conhecimentos e habilidades para assegurarem os cuidados a um filho à medida que este cresce e se desenvolve (Cardoso, Silva & Marín, 2015). Deste modo, a intervenção do enfermeiro de família no âmbito do papel parental é preponderante na capacitação da família para o

exercício do papel parental, contribuindo para a aquisição da identidade parental e para a confiança e competência no desempenho desse papel (Figueiredo, 2013).

Por outro lado, na prestação de cuidados especializados na área de enfermagem de saúde familiar releva-se o imperativo profissional de garantir a segurança e qualidade dos mesmos (Regulamento n.º 428/2018, 2018), aspetos cada vez mais valorizados pelos cidadãos (Freitas, Parreira & Marôco, 2014). Para corresponder a esta exigência, surgem as dotações seguras em enfermagem que conjugam o número de profissionais disponíveis, a carga de trabalho e os diferentes níveis de competência e experiência, com o objetivo de assegurar cuidados que correspondam às necessidades dos clientes e mantendo condições de trabalho isentas de riscos (International Council of Nurses [ICN], 2018). Torna-se assim, imprescindível, utilizar metodologias e critérios que permitam adequar os recursos humanos face às necessidades de cuidados da população, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A carga de trabalho, definida por Alghamdi (2016) como a quantidade de tempo e esforço físico ou cognitivo dedicado à realização de cuidados diretos ou indiretos aos clientes, ao local de trabalho e ao desenvolvimento profissional, emerge como um dos importantes fatores a ter em conta na determinação das dotações de enfermeiros (Canadian Nurses Association [CNA], 2003; Zopi, Fernandes & Juliani, 2017). Reforçando a sua relevância, a relação entre a carga de trabalho e a segurança e qualidade dos cuidados e a sua influência na morbidade e mortalidade dos clientes tem sido consistentemente demonstrada pela literatura (Aiken et al., 2014; Aiken et al., 2017; Braga, Jesus & Araújo, 2018; Carlesi, Padilha, Toffoletto, Henriquez-Roldán & Juan, 2017; Fagerström, Kinnunen & Saarela, 2018; Magalhães et al., 2017; Magalhães, Kreling, Chaves, Pasin & Castilho, 2019; Pérez-Francisco et al., 2020; Thomas-Hawkins, Flynn, & Dillon, 2020). No entanto, a evidência sobre a carga de trabalho em CSP tem-se revelado escassa sendo importante o seu desenvolvimento (Dantas, Figueiredo, Ferreira, Lebreiro & Guedes, 2019b).

Deste modo, configurou-se pertinente investigar a carga de trabalho dos enfermeiros de família relacionada com os cuidados à família no âmbito do papel parental.

Assim, desenhamos um estudo que se integra no projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários” (MDAIF_CSP), inscrito no NursID (Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem) / CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde), no âmbito do domínio C deste projeto: Impacto organizacional, no que se refere ao subdomínio C.7-Dotação dos Enfermeiros de Família, com a finalidade de construir uma matriz orientadora de dotação segura para os enfermeiros de família no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESEP, 2021b).

Para este estudo foram identificados os seguintes objetivos:

1. Identificar as intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental;
2. Determinar o tempo gasto pelos enfermeiros de família em cada uma das intervenções que realizam no âmbito do papel parental;
3. Determinar o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que realizam no âmbito do papel parental;
4. Analisar a relação entre a composição familiar e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental;
5. Analisar a relação entre a classe social da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental;
6. Analisar a relação entre a percepção da funcionalidade da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental.

Em termos de estrutura, este relatório encontra-se organizado em quatro capítulos, nomeadamente, o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico, a apresentação dos resultados e a análise e discussão dos resultados.

O enquadramento teórico pretende explorar as áreas temáticas em que o estudo se insere, clarificando os conceitos relevantes e apresentando o estado da arte sobre as mesmas. Encontra-se dividido em três subcapítulos: CSP, família como unidade de cuidados e dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

O segundo capítulo alude ao enquadramento metodológico do estudo apresentando o tipo de estudo, população e amostra, instrumentos de colheita de dados, operacionalização das variáveis, procedimento de colheita de dados, tratamento e análise dos dados e considerações ético-legais.

Segue-se a apresentação dos resultados do estudo, sendo complementada, posteriormente, com a sua análise e discussão.

Por último, são apresentadas as principais conclusões deste estudo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende clarificar os conceitos relevantes neste estudo e explicar o estado da arte sobre a temática, assim como, o seu desenvolvimento ao nível da legislação portuguesa.

Encontra-se dividido em três subcapítulos. O primeiro aborda os CSP na perspetiva do desenvolvimento técnico e legal ao longo dos tempos e do enquadramento atual desta área dos cuidados de saúde.

Segue-se um subcapítulo sobre a família como unidade de cuidados que pretende clarificar a importância da família nos cuidados de enfermagem a par da evolução da enfermagem de saúde familiar, abordando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) enquanto referencial teórico e operativo nesta área, bem como, a relevância da avaliação e intervenção na área de atenção “papel parental” inserida no contexto do trabalho do enfermeiro de família.

Por último, apresenta-se um subcapítulo sobre as dotações seguras dos cuidados de enfermagem que alude à crescente importância da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, clarificando os conceitos de dotações seguras e carga de trabalho e de que forma a sua determinação, no que diz respeito ao trabalho do enfermeiro de família no âmbito do papel parental, pode contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados prestados às famílias.

1.1. Cuidados de Saúde Primários

De acordo com a WHO (2019a), os CSP visam satisfazer as necessidades relativas à saúde e bem-estar das pessoas, famílias e comunidades, ao longo de toda a vida, percorrendo os vários níveis de prevenção. Focam-se nos fatores que influenciam a sua saúde e na sua capacitação para otimizá-la (WHO, 2019a). Salienta-se ainda a sua importância no compromisso com a justiça e equidade social e no direito à saúde para todos, contribuindo para o desenvolvimento sustentável da sociedade (WHO, 2019a).

Em 1978, a declaração resultante da Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (WHO, 1978) enfatizou os CSP como a chave para que os governos garantam um nível de saúde às populações que conduzam a uma vida produtiva do ponto de vista social e económico. Considerou-os ainda como cuidados de proximidade por se localizarem junto dos locais de habitação e trabalho das pessoas constituindo-se como o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde (WHO, 1978).

Contudo, apesar do progresso verificado a partir dessa conferência, permaneceram algumas desigualdades que conduziram à Declaração de Astana, em 2018, com um novo compromisso dos líderes mundiais para revitalizar os CSP, reafirmando-os como os mais inclusivos, efetivos e eficientes na busca de uma cobertura universal de saúde e de desenvolvimento sustentável (WHO, 2019b).

Na opinião de Pisco e Pinto (2020) apesar de não se terem atingido na totalidade as metas propostas na Declaração de Alma-Ata, estas constituíram-se como uma referência essencial nas reformas dos sistemas de saúde de diversos países durante as décadas seguintes, incluindo Portugal.

De acordo com Branco e Ramos (2001), os CSP em Portugal evoluíram ao longo dos anos através de vários modelos e etapas. Em 1971 surgiram os centros de saúde de primeira geração, focados essencialmente na prevenção e saúde pública, através de atividades como a vacinação, vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras (Branco & Ramos, 2001; Monteiro, Pisco, Cadoso, Bastos & Reis, 2017). Segundo Branco e Ramos (2001), esta primeira geração foi considerada um sucesso naquela época devido à melhoria dos indicadores de saúde relacionados com as áreas materno-infantil e de doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação.

O Governo criou, em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Lei nº 56/79, 1979) para assegurar a prestação de cuidados de saúde a toda a população, independentemente da sua condição económica e social. Este integra os quatro níveis de prevenção e apresenta autonomia administrativa e financeira e uma organização com órgãos centrais, regionais e locais que dispõem de serviços prestadores de CSP e cuidados diferenciados (Lei nº56/79, 1979). Aliás, em 2019, a lei de bases da saúde (Lei nº95/2019, 2019) reforça a importância do SNS enquanto uma das bases fundamentais para a saúde e enaltece os seus princípios: universal, geral, tendencialmente gratuito, integrador de cuidados, equitativo, com qualidade, proximidade, sustentabilidade financeira e transparência. Simões e Fronteira (2019) consideram mesmo que o SNS se tornou imprescindível, ao longo dos tempos, para garantir o direito à saúde dos portugueses.

A criação do SNS a par da constituição da nova carreira médica de clínica geral e da fusão dos primeiros centros de saúde com os postos herdados das caixas de previdência desencadearam a criação dos denominados centros de saúde integrados ou de segunda geração, a partir de 1983 (Branco & Ramos, 2001). Porém, estes centros de saúde não

tinham autonomia administrativa e financeira mantendo-se dependentes das sub-regiões de Saúde e Administrações Regionais de Saúde (Pisco & Pinto, 2020). Este afastamento do centro de decisão do terreno foi um dos principais fatores de insatisfação dos profissionais de saúde em relação a este modelo de centros de saúde, revelando-se também desajustado em relação às necessidades dos utentes (Branco & Ramos, 2001; Monteiro et al., 2017; Pisco & Pinto, 2020).

O insucesso deste modelo fomentou a necessidade de se reorganizarem os CSP potenciando o aparecimento, ao longo da década de 90, de projetos experimentais, dos quais se destacou o Projeto Alfa, em 1996, implementado na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Gava & Dias, 2018; Monteiro et al., 2017; Pisco & Pinto, 2020). Este projeto estimulou a criação de novas formas de organização a partir da iniciativa dos profissionais de saúde, promovendo o trabalho em grupo e o aproveitamento dos meios e recursos existentes (Monteiro et al., 2017; Pisco & Pinto, 2020). Assentava na criação de pequenas equipas multiprofissionais responsáveis pela prestação de cuidados a uma determinada população, procurando melhorar a acessibilidade e qualidade dos cuidados através de um processo de contratualização (Monteiro et al., 2017; Pisco & Pinto, 2020).

Paulatinamente, a descentralização dos CSP foi ganhando força até surgir a legislação relativa aos centros de saúde de terceira geração (Decreto-lei nº 157/99, 1999), que reconhecia a importância dos centros de saúde como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população, bem como, a necessidade de reformular o quadro legal para possibilitar maior grau de autonomia e responsabilização favorecedoras de uma gestão rigorosa. Segundo Pisco e Pinto (2020), o objetivo desta geração de centros de saúde era flexibilizar a gestão e aproximá-la dos profissionais que estavam no terreno beneficiando do facto de conhecerem melhor as necessidades da população e poderem potenciar a proximidade com os utentes e melhorar o seu acesso aos CSP. Todavia, esta legislação foi publicada mas não chegou a ser aplicada devido à resistência das sub-regiões de Saúde que transfeririam o seu poder para os centros de saúde (Pisco & Pinto, 2020).

Em 2005 iniciou-se a denominada reforma dos CSP com a finalidade de melhoria “. . . na acessibilidade, na organização, na pontualidade, na facilidade e no conforto na utilização dos serviços, não esquecendo a qualidade dos cuidados de saúde e tentando a satisfação quer de profissionais quer de usuários” (Biscaia & Heleno, 2017, p.702). Segundo Biscaia e Heleno (2017), esta reforma foi das que teve mais êxito nos serviços públicos portugueses, considerando que não quebrou com o passado e associou a tecnologia ao trabalho em rede conseguindo ultrapassar o modelo tradicional hierárquico e alcançar maior satisfação de todos e ganhos em saúde.

Os princípios orientadores desta mudança assentaram numa reorganização dos centros de saúde com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados através de um sistema de

melhoria contínua para permitir a otimização e sustentabilidade do SNS (Biscaia & Heleno, 2017). Para garantir a implementação gradual desta reforma e de todas as suas estratégias, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) na Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 (2005). Esta era uma estrutura diretamente ligada ao Ministro da Saúde com funções bem definidas no sentido de apoiar e coordenar tecnicamente a reconfiguração dos centros de saúde em USF (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, 2005). Seria responsável por avaliar e regular as candidaturas das USF e propor orientações relativas às políticas de recursos humanos e formação contínua, bem como, de incentivos ao desempenho e qualidade a aplicar nestas unidades (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, 2005). Incumbia-lhe ainda a elaboração dos termos de referência para a contratualização entre as administrações regionais de saúde com os centros de saúde e destes com as USF e a definição de critérios e metodologias de avaliação e classificação das unidades de acordo com o seu nível de desenvolvimento (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, 2005). Era também esperado que esta missão promovesse formas inovadoras de articulação com outras unidades de prestação de cuidados apoiando serviços partilhados em articulação com o Ministério da Saúde, podendo propor a participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de centros de saúde e USF (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, 2005).

De acordo com Biscaia e Heleno (2017), o evento mais relevante desta reforma assentou na criação e implementação das USF enquanto equipas multidisciplinares, constituídas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos, auto-organizadas de forma voluntária e com maior grau de autonomia na gestão assistencial e funcional com vista a prestar cuidados médicos e de enfermagem personalizados, inseridos nos centros de saúde.

A importância das USF enquanto pilar da reforma dos CSP encontra-se plasmada no Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007) que estabelece o regime jurídico da sua organização e funcionamento, tendo sido atualizado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 (2017). Segundo este, as USF são “. . . unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares. . .” (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017, p.3128) que promovem as aptidões e competências de cada grupo profissional e pressupõem a participação de todos na sua gestão como forma de melhorar o seu desempenho e satisfação profissional. Podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento de acordo com critérios emanados pela MCSP (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017). Pretende-se com estas unidades a prestação de cuidados com eficiência e qualidade, num espírito de cooperação e solidariedade entre os seus profissionais, que assumem autonomia funcional e técnica para cumprir um plano de ação, em articulação com outras unidades funcionais quando necessário (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017). O plano de ação indica o compromisso assistencial, objetivos, indicadores e metas a atingir nas diferentes áreas, além do plano de formação e de aplicação de incentivos institucionais, cabendo a cada USF elaborar o seu regulamento

interno que define o seu funcionamento e deve estar de acordo com o plano de ação (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). Estruturalmente, cada USF tem um coordenador, o conselho técnico e o conselho geral (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). O coordenador é um médico da equipa identificado na candidatura e assume a coordenação das atividades, gestão dos processos e representa a unidade externamente (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). O conselho técnico é constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico escolhidos pelos seus pares (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). Tem como funções garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde de acordo com normas técnicas e a carta de qualidade, avaliar o grau de satisfação de utentes e profissionais da USF, elaborar e atualizar o manual de boas práticas e gerir as atividades de formação e investigação (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). Por sua vez, o conselho geral é constituído por todos os profissionais pertencentes à equipa e compete-lhe a aprovação do regulamento interno, da carta da qualidade, do plano de ação, do relatório de atividades, da distribuição dos incentivos institucionais e da proposta da carta de compromisso, tendo ainda a competência de propor a nomeação de novo coordenador ou aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional, discutir a articulação, gestão e controlo dos recursos da USF ou deliberar a extinção da unidade (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). Salienta-se que as deliberações deste conselho são tomadas por maioria de dois terços e com paridade de votos de todos os elementos (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). Relativamente aos recursos necessários para o cumprimento do plano de ação da USF, compete ao centro de saúde, onde a mesma se insere, atribuir esses recursos e partilhar alguns recursos comuns com outras unidades funcionais de forma articulada atendendo à economia de meios (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). No que concerne à remuneração dos profissionais das USF, são assegurados os direitos relativos a cada carreira profissional a que acrescem suplementos e compensações pelo desempenho. Os suplementos são associados ao aumento de unidades ponderadas (obtidas pela multiplicação de fatores pela idade dos utentes, valorizando mais os idosos e a seguir as crianças), e à possibilidade de contratualização de alargamento de período de funcionamento ou cobertura assistencial (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). No caso dos médicos são incluídos ainda suplementos associados à realização de cuidados domiciliários e cada grupo profissional tem a atribuição de valores diferentes para os critérios a suplementar (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). São pagos mensalmente de acordo com a lista de utentes de cada médico enquanto para enfermeiros e secretários clínicos são pagos em partes iguais por cada um desses profissionais (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). A compensação pelo desempenho integra componentes associadas a atividades específicas regulamentadas e a carteiras adicionais de serviços que podem ser contratualizadas e o seu pagamento é dividido em partes iguais por todos os médicos de forma mensal (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). No caso de enfermeiros e secretários clínicos, o cumprimento das atividades específicas define a atribuição de incentivos financeiros que são regulamentados por portaria específica (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017). Esta define ainda a atribuição de incentivos institucionais

à equipa multiprofissional, mediante os resultados atingidos, e que se traduzem pelo apoio no acesso a informação técnica, na participação em atividades de formação e investigação, na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos, na melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa e acolhimento dos utentes ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação (Decreto-Lei nº 73/2017, 2017).

No processo de reforma dos CSP, seguiu-se a reorganização das restantes dimensões com a criação dos ACeS, definidos como “. . . serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-lei nº 28/2008, 2008, p.1182).

Para além das USF, as unidades funcionais que integram cada ACeS são as UCSP, vocacionadas para os mesmos cuidados que as USF e constituídas por “. . . médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF” (Decreto-lei nº 28/2008, 2008,p.1184), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, as Unidades de Saúde Pública (USP), enquanto observatórios de saúde da área geodemográfica do respetivo ACeS, e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), que integram assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas ou outros profissionais que prestam consultoria assistencial a todas as outras unidades (Biscaia & Heleno, 2017; Decreto-lei nº 28/2008, 2008). É preconizado que cada unidade funcional tenha uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, garantindo cooperação entre todas, e a existência de um conselho da comunidade e gabinete do cidadão (Biscaia & Heleno, 2017; Decreto-lei nº 28/2008, 2008). Esta reestruturação introduziu ainda a celebração de contratos-programa entre o ACeS e a respetiva Administração Regional de Saúde para estabelecer os objetivos a atingir e correspondentes recursos e regras (Biscaia & Heleno, 2017; Decreto-lei nº 28/2008, 2008).

Lapão e Pisco (2019) afirmam que a saúde dos portugueses melhorou ao longo da última década graças à evolução organizacional dos CSP. No mesmo sentido, a Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) considerou, numa revisão da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal (2015), a reforma dos CSP em Portugal como um sucesso ao nível de organização, financiamento e prestação de cuidados à população centrados na melhoria contínua da qualidade. Contudo, apontou a importância de refletir sobre a estratégia dos CSP, para não correr o risco de se transformar num sistema com diferentes níveis de acessibilidade e qualidade dos cuidados, e aumentar a eficiência dos recursos, nomeadamente através do alargamento de funções dos enfermeiros (OECD, 2015).

1.2.Família como unidade de cuidados

A importância da família enquanto unidade básica da sociedade que propicia o desenvolvimento dos seus membros e, conseqüentemente, se apresenta como agente de crescimento da sociedade, foi enaltecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) ao proclamar o ano de 1994 como o Ano Internacional da Família, bem como pela consagração, a partir desse ano, do dia 15 de Maio como o Dia Internacional da Família, com vista a promover a consciencialização e maior compreensão dos processos sociais, económicos e demográficos que a afetam (ONU, 1993).

Porém, só em 2000, com a Declaração de Munique (WHO, 2000a) foi dada maior relevância à família enquanto foco dos cuidados de enfermagem, realçando o papel fundamental do enfermeiro no âmbito da prestação de cuidados aos indivíduos e famílias desde a concepção até à morte. Esta declaração impulsionou a política de saúde definida para a região europeia, previamente ratificada pelos países membros da WHO e designada como Saúde 21 - saúde para todos no século XXI (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001; WHO, 1998). Sendo os principais objetivos desta política promover e proteger a saúde das pessoas ao longo do seu ciclo de vida e reduzir a incidência de doenças e sofrimento por elas causadas, salienta-se a implementação de estratégias que visem a existência de CSP centrados na família e na comunidade (Correia et al., 2001; WHO, 1998; WHO, 2000b).

Segundo Correia et al. (2001), no contexto da enfermagem comunitária surgiu o “enfermeiro de família” enquanto entidade imprescindível no enquadramento da Saúde 21, que reuniria conhecimentos e experiências do âmbito da saúde pública, da prática clínica e dos CSP.

Para a WHO (2000b), o enfermeiro de saúde familiar ajuda os indivíduos e as famílias a lidar com as doenças crónicas e fatores de stresse, podendo realizar parte do seu trabalho nos seus domicílios, enquanto ambiente onde os seus membros, em conjunto, criam o seu conceito de saúde e experienciam os seus problemas. É um profissional que reúne conhecimentos de saúde pública e da prática em CSP que o colocam em posição privilegiada para identificar os fatores socioeconómicos que coloquem as famílias em risco podendo ajudá-las ou encaminhá-las para os serviços adequados (WHO, 2000b). Intervém ao longo de todo o ciclo de vida e níveis de prevenção, aconselhando sobre estilos de vida e fatores de risco comportamentais para além da ajuda prestada ao nível da sua perícia técnica (WHO, 2000b). Desempenha ainda um papel importante na capacitação das

comunidades, trabalhando em parceria com elas para promover os seus recursos e potencialidades (WHO, 2000b).

A partir deste momento, segundo Silva, Costa e Silva (2013) estavam lançadas as bases para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar e das políticas de saúde em Portugal, assumindo-se a importância da família nos cuidados de saúde. Segundo estes autores (Silva et al., 2013), os próprios Planos Nacionais de Saúde 2004-2010 e 2012-2016 relevam a abordagem centrada na família ao longo do ciclo vital para proporcionar uma perceção mais integrada dos problemas de saúde.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei nº 161/96, 1996) já preconizava que o título profissional de enfermeiro lhe reconhece competências para prestar cuidados de enfermagem a indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Entretanto, com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Decreto-Lei n.º 104/98, 1998), foram definidos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nos quais se destaca que o exercício profissional se baseia na relação interpessoal entre o enfermeiro e um cliente (que pode ser uma pessoa, família ou comunidade), com compreensão e respeito, numa perspetiva multicultural, e abstenção de juízos de valor em relação ao mesmo (OE, 2002). Assim, a família pode ser encarada enquanto cliente “. . . se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (OE, 2002, p.41).

Em 2011, é aprovado o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 126/2011, 2011) baseado no conceito de enfermeiro de família da WHO. Essas competências centram-se na prestação de cuidados à família como unidade de cuidados e na prestação de “. . . cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (Regulamento n.º 126/2011, 2011, p.8660).

De modo a acompanhar a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem, enquadrada nas políticas de saúde da WHO para a região europeia e na reforma dos CSP e implementação das USF, foram regulamentados os princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família em Portugal (Decreto-lei nº 118/2014, 2014). De acordo com esta legislação, o enfermeiro de família integra-se numa equipa multiprofissional e cuida da família como unidade de cuidados prestando cuidados gerais e específicos ao longo das diferentes fases da vida do indivíduo e da família, nos vários níveis de prevenção e em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. Cabe-lhe promover a capacitação da família e, de forma colaborativa, estimular a participação dos seus membros no processo de cuidados focando-se tanto na família como um todo como nos seus membros individualmente (Decreto-lei nº 118/2014, 2014).

Concomitantemente, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015), salienta que “. . . o enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar” (p.17385) realizando a avaliação familiar nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional que permita identificar problemas e desenvolver o processo de enfermagem. Identificando as forças e recursos da família será um agente facilitador da sua autonomia para se adaptar aos processos de saúde/doença (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Em 2015, o Estatuto da OE foi atualizado na Lei n.º 156/2015 (2015) para se adequar à legislação sobre o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais que entretanto foi criada. Nesta atualização, sobressai a atribuição dos títulos de especialidade que incluem o título de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Lei n.º 156/2015, 2015). São também constituídos os colégios das especialidades, compostos por membros com o título da respetiva especialidade, a quem compete:

a) Promover o desenvolvimento das relações científicas e profissionais entre os membros da especialidade; b) Elaborar estudos sobre assuntos específicos da especialidade; c) Definir as competências específicas da especialidade, a propor ao conselho diretivo; d) Elaborar os programas formativos da respetiva especialidade, a propor ao conselho diretivo; e) Acompanhar o exercício profissional especializado, em articulação com os conselhos de enfermagem regionais; f) Definir padrões de qualidade de cuidados de enfermagem especializados e zelar pela sua observância no exercício profissional; g) Elaborar e aprovar o seu regimento (Lei n.º 156/2015, 2015, pp.8068-8069).

Na sequência destes desenvolvimentos legislativos e partindo da consideração de que face às necessidades de cuidados especializados em áreas diferenciadas, se deveriam especificar as competências dos enfermeiros especialistas de acordo com o alvo e contexto de intervenção, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária identificou as áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Estas áreas foram aprovadas e homologadas no 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 (Regulamento n.º 428/2018, 2018) que se encontra vigente até aos dias de hoje. Este regulamento veio destacar o papel fundamental do enfermeiro de família nos CSP para garantir a prestação de cuidados e o acesso aos mesmos (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Relativamente às competências específicas na área de Enfermagem de Saúde Familiar, identificou-as como: “a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018,

2018, p.19355). Para cada uma destas competências apresentou ainda as seguintes unidades de competência:

. . . Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas . . . Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família . . . Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas . . . Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica . . . Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas . . . Facilita a resposta da família em situação de transição complexa . . . Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar . . . Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem . . . Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família . . . Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018, 2018, pp.19357-19359).

Em termos de enquadramento dos enfermeiros no contexto dos CSP é de salientar que, ainda antes do regulamento de competências ser aprovado, já o Decreto-lei nº 73/2017 (2017), que atualiza o regime das USF, inclui no ponto 4 do seu artigo 7º que “Os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar.” (p.3129). Contudo, até existir um número suficiente de enfermeiros detentores deste título, é permitido que as USF integrem profissionais com o título de enfermeiro ou de especialista noutra domínio (Decreto-lei nº 73/2017, 2017).

No desenvolvimento de todo o processo de definição de competências específicas e padrões de qualidade nos cuidados de enfermagem de saúde familiar, a OE e mais concretamente, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, beneficiaram dos contributos do MDAIF, desenvolvido por Figueiredo (2013), e dessa forma deliberaram adotar este modelo como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011).

O MDAIF enquadra-se no contexto atual dos CSP com a prestação de cuidados de enfermagem ao nível das USF e UCSP, tendo sido co-construído com enfermeiros de família para dar resposta às necessidades destes perante o trabalho com as famílias enquanto alvo de cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2013; OE, 2011).

Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização que lhe confere uma organização específica, partindo-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente (OE, 2011, p.1).

De acordo com Figueiredo (2013), este modelo integra definições teóricas e operacionais, fundamentadas em pressupostos e postulados, sobre as áreas de atenção familiares com

relevância para os cuidados de enfermagem. Constitui-se como uma ferramenta orientadora das práticas de enfermagem que através do seu dinamismo e flexibilidade permite aos enfermeiros identificar as necessidades de cuidados das famílias e propor intervenções que as satisfaçam (Figueiredo, 2013; OE, 2011). A matriz operativa do MDAIF está de acordo com o sistema de informação em uso nos CSP, utilizando terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem nos diagnósticos e intervenções de enfermagem sugeridos (OE, 2011). Ao incluir indicadores de estrutura, processo e de resultado, permite “. . . identificar os ganhos em saúde para as famílias nos seus domínios de funcionamento, sensíveis aos cuidados de enfermagem” (OE, 2011, p.1). O MDAIF distingue-se ainda por constituir a base de um projeto de investigação de larga escala com diversos objetivos e instituições parceiras, por ser utilizado como referencial teórico em diversos estudos de investigação no âmbito de Mestrado e Doutoramento e por estar integrado em conteúdos programáticos de muitos cursos relacionados com a saúde familiar de várias instituições de ensino (OE, 2011).

Para Figueiredo (2013), a família, independentemente da sua estrutura e organização e das transformações que estas têm sofrido ao longo das últimas décadas, constitui-se como unidade básica de construção emocional, afetiva, relacional e social dos seus membros e um espaço de apoio à sua vida e à sua saúde. Para compreender a família é necessário “. . . entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a historicidade de família, quanto o contexto.” (Figueiredo, 2013, p.2). Ainda na opinião da mesma autora, a compreensão da estrutura familiar e dos seus processos de desenvolvimento e funcionamento serão a chave para direcionar os cuidados para a capacitação das famílias para enfrentar os desafios e especificidades do seu ciclo vital (Figueiredo, 2013).

Nesta perspetiva, o MDAIF é um quadro de referência para a prestação de cuidados à família e integra uma matriz operativa constituída por áreas de atenção relevantes para a prática de cuidados de enfermagem centradas precisamente nas três dimensões avaliativas referidas: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2013). A dimensão estrutural procura identificar a composição da família e os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas que podem associar-se a riscos de saúde. Inclui dados sobre a composição da família, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos e classe social, e as áreas de atenção rendimentos familiares, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico (Figueiredo, 2013). Por sua vez, a dimensão de desenvolvimento permite compreender os fenómenos associados ao crescimento da família e aos processos de transição do ciclo de vida com vista a possibilitar cuidados antecipatórios que capacitem a família ao longo destas etapas (Figueiredo, 2013). Aborda as áreas da satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental (Figueiredo, 2013). Por último, a dimensão funcional foca-se nos padrões de interação familiar responsáveis pelo desempenho das

funções e tarefas familiares (Figueiredo, 2013). Fazem parte desta dimensão o papel de prestador de cuidados numa vertente instrumental e o processo familiar numa vertente expressiva do funcionamento familiar (Figueiredo, 2013).

Segundo Guedes et al. (2019), no âmbito dos CSP, a atividade dos enfermeiros é desenvolvida nas USF e UCSP, prestando cuidados dirigidos às pessoas e famílias, ao longo do ciclo vital, de acordo com os programas nacionais de saúde. O Plano Nacional de Saúde, que integra os vários programas nacionais, destaca a saúde reprodutiva, a infância e a adolescência como etapas fundamentais a considerar nas ações a desenvolver e nas políticas de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Neste alinhamento, entre as áreas de atenção dos cuidados de enfermagem à família no âmbito dos CSP, destacamos o papel parental, transversal a várias etapas do ciclo de vida familiar e definido segundo o MDAIF como:

. . . o padrão de interação, que integra o conhecimento e aptidão para o desenvolvimento de comportamentos em reciprocidade, que permitam a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança. Expresso por comportamentos que possibilitam o alcance do desempenho familiar, pela concretização, em interdependência, da função maternal e parental. Esta é regulada pelas expectativas e crenças sobre o papel parental, resultante, entre outros factores do modelo funcional do sistema e dos factores culturais adjacentes à co-construção desse mesmo modelo, em interação contínua com as suas finalidades e o meio envolvente (Figueiredo, 2013, p.85).

Indo ao encontro desta definição, também o International Council of Nurses (ICN) apresenta o papel parental como:

Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente (ICN, 2021).

A partir do nascimento de um filho surgem alterações significativas na família e inicia-se a transição para uma nova etapa do ciclo de vida da família, a que se sucederão outras etapas que acompanham o crescimento do(s) filho(s) (Figueiredo, 2013). Este é o momento em que o casal vai ter que enfrentar uma definição de papéis parentais, assumir a responsabilidade de ser pais e vai implicar um conjunto de ações e interações para garantir o desenvolvimento da criança (Figueiredo, 2013). Mais tarde, a entrada dos filhos na escola torna necessário reforçar o papel de educadores e adaptar horários e funções (Figueiredo, 2013). Na etapa com filho adolescente os pais devem facilitar a autonomia e promover o equilíbrio entre responsabilidade e liberdade e, posteriormente, surge a tarefa de preparar a saída dos filhos de casa suscitando a redefinição das relações e construção de uma nova família (Figueiredo, 2013).

A parentalidade resulta da maturação de um processo de reestruturação psicoafetiva dos pais para responderem às necessidades dos filhos (Bayle, 2005). A adaptação a este novo papel é desenvolvida de formas diferentes por cada indivíduo constituindo, quer a nível individual, quer a nível do sistema familiar, uma das transições mais dramáticas e intensas da vida familiar (Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010; Ngai & Ngu, 2013).

O desempenho do papel parental é um processo contínuo ao longo do tempo face à necessidade dos pais integrarem conhecimentos e habilidades para assegurarem os cuidados a um filho à medida que este cresce e se desenvolve e, desta forma, a avaliação das competências parentais é fundamental para os enfermeiros planearem os seus cuidados e para que os pais estejam preparados para assumir este papel (Cardoso et al., 2015). Acresce que, o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais é influenciado por vários fatores e determina a sua sensibilidade para perceberem e responderem às exigências dos filhos, revelando-se fundamental a avaliação dos profissionais de saúde sobre esses conhecimentos e habilidades (Ribas & Bornstein, 2005). Segundo Ulfsdotter, Enebrink e Lindberg (2014), está comprovado que a intervenção destes profissionais tem influência positiva nas famílias e contribui para o crescimento e desenvolvimento dos filhos em ambientes saudáveis e seguros.

Os enfermeiros têm um papel fundamental neste processo para capacitar e promover a saúde familiar (Tralhão et. al, 2020). São profissionais com uma posição privilegiada para acompanhar os processos de transição e consequentes mudanças e exigências que estas provocam na vida e na saúde das pessoas e das famílias desempenhando, desta forma, um papel ativo para facilitar o processo de aprendizagem de novas competências (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Martins, Abreu e Figueiredo (2017) apresentam uma teoria de médio alcance sobre a transição para a parentalidade como um processo onde há uma reconstrução identitária dos pais num movimento contínuo de organização intra e interpessoal. Este processo ocorre ao longo do tempo em interação permanente com diferentes contextos, desde o contexto e dinâmicas familiares, ao contexto social que inclui a família alargada e grupo de amigos, até às características sociais e culturais envolventes (Martins et al., 2017). Daqui decorrem importantes contributos para a prática de enfermagem com famílias como: identificar forças e fraquezas da família; focar na individualidade de cada progenitor sem esquecer a promoção da coparentalidade entre o casal; considerar as crenças culturais; reforçar a relação terapêutica de forma mais pessoal e comprometida; valorizar os sentimentos experienciados e promover a sua abordagem; ajudar na redefinição dos papéis; promover a vinculação e a gratificação parental; incluir a família alargada nos cuidados; e planejar intervenções ajustadas às necessidades dos pais (Martins et al., 2017). Estes achados encontram-se em concordância com as definições do MDAIF e os seus pressupostos, nomeadamente:

. . . a família, enquanto sistema autopoietico, tem a competência necessária para se manter em continuidade, pelo equilíbrio dinâmico entre a mudança e a estabilidade . . . as mudanças que ocorrem na família, enquanto sistema social, são contextuais e evolutivas, consentâneas à interação entre o seu desenvolvimento e o ambiente no ecossistema . . . a saúde familiar é co-construída em torno do desenvolvimento e crescimento da família, enquanto sistema aberto, num contexto e num tempo direcionado à concretização das suas funções, mobilizando recursos internos e externos face aos seus processos de transição . . . o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focalizam tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente . . . os cuidados de enfermagem enfatizam as interações entre os membros da família, e entre esta e o ambiente com enfoque nas competências co-construídas pelos processos vivenciados enquanto grupo familiar . . . os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto alvo e unidade de intervenção, são regidos por um paradigma sistémico . . . a finalidade dos cuidados centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, interpondo-se a abordagem colaborativa, caracterizada pela co-evolução processual . . . (Figueiredo, 2013, p.70).

A família como unidade de cuidados e o papel parental, enquanto foco de atenção, apresentam-se, deste modo, como áreas de avaliação e intervenção fundamentais na enfermagem de saúde familiar pelo papel preponderante nos contributos para a aquisição da identidade parental e para a confiança e competência no desempenho desse papel (Figueiredo, 2013).

1.3. Dotações seguras dos cuidados de enfermagem

O desenvolvimento tecnológico e a maior acessibilidade à informação dotou os cidadãos de um maior conhecimento e capacidade de intervenção e decisão nos seus processos de saúde / doença (Freitas et al., 2014). Este facto repercute-se no aumento das suas expectativas em relação aos cuidados de saúde recebidos para que estes correspondam a elevados níveis de qualidade e garantam a sua segurança e a satisfação das suas necessidades (Freitas et al., 2014).

A WHO (2017) reconhece a segurança dos cuidados como um princípio fundamental para todos os sistemas de saúde e destaca a necessidade de promover a segurança e qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de políticas, normas e guias de atuação baseadas na evidência.

Por outro lado, a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e satisfação dos clientes tem sido condição fundamental para o exercício profissional de enfermagem, como reforça a OE através dos enunciados descritivos dos

padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2002). Em convergência, são elencados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015) enunciados descritivos de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar que se dividem por seis categorias: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Também o 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 (Regulamento n.º 428/2018, 2018) realça que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar “garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados” (p.19358).

Neste sentido, surge o conceito de dotação segura em enfermagem pelo imperativo de adequar os recursos de enfermagem existentes às reais necessidades dos clientes, tanto ao nível da quantidade como das competências técnico-científicas, tendo impacto nas condições de trabalho, na produtividade e desempenho e, conseqüentemente, na prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade e nos objetivos organizacionais (Freitas, 2015; Poeira, Nunes, Cerqueira, Silva & Lopes, 2018).

O ICN (2018) define dotações seguras como o número de profissionais disponíveis, de acordo com a carga de trabalho e os diferentes níveis de competência e experiência, de forma a assegurar que a prestação de cuidados corresponde às necessidades dos clientes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos.

Para Fagerström et al. (2018), as dotações seguras são cruciais na gestão das organizações para prevenir e reduzir o aumento do risco de incidentes e mortalidade. No entanto, a investigação realizada nesta área não aponta um método universal para calcular dotações seguras devido à diversidade de condições que as influenciam, bem como o dinamismo dos diferentes contextos de trabalho, sendo, na maior parte dos casos, estudado o contexto hospitalar médico-cirúrgico e unidades altamente diferenciadas como cuidados intensivos (Amiri & Solankallio-Vahteri, 2019; Campos, Oliveira & Perroca, 2018; Carmona-Monge, Rodríguez, Herranz, Gómez & Marín-Morales, 2013; Freitas & Parreira, 2013; Freitas, 2015; Gil, Montesinos, Llor, Bas & Soler, 2017; Gonçalves, 2015; Guerra, 2018; Lasater et al., 2020; McHugh et al., 2021; Pedro, Oliveira, Tonini, Matos & Nicola, 2018.).

Atendendo à componente multifatorial das dotações seguras, é necessário utilizar metodologias e critérios que permitam às organizações adequar os recursos humanos face às necessidades de cuidados da população e garantir a segurança e qualidade dos mesmos (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A CNA (2003), bem como, Zopi et al. (2017), apontam a carga de trabalho como fulcral para determinar o número adequado de enfermeiros por permitir conhecer a quantidade

de tempo que estes necessitam para realizar as atividades inerentes aos seus contextos de trabalho.

Deste modo, importa destacar o conceito de carga de trabalho que é definido por Alghamdi (2016) como a quantidade de tempo e esforço físico ou cognitivo dedicado à realização de cuidados diretos ou indiretos aos clientes, ao local de trabalho e ao desenvolvimento profissional. Para este autor, conhecer a carga de trabalho dos enfermeiros possibilita o desenvolvimento de estratégias conducentes à melhoria das suas condições de trabalho, das suas competências e produtividade, fornecendo uma perspetiva, ao nível da gestão, que permite potenciar o tempo gasto nas atividades de enfermagem para dar resposta às necessidades de cuidados dos clientes (Alghamdi, 2016).

Por outro lado, vários estudos relacionam a carga de trabalho com a segurança e qualidade dos cuidados e a sua influência nos resultados dos clientes ao nível da morbilidade e mortalidade (Aiken et al., 2014; Aiken et al., 2017; Braga et al., 2018; Carlesi et al., 2017; Fagerström et al., 2018; Magalhães et al., 2017; Magalhães et al., 2019; Pérez-Francisco et al., 2020; Thomas-Hawkins et al., 2020).

Um dos mais importantes estudos internacionais (Aiken et al., 2014), efetuado em 30 países, e denominado *RN4CAST (Nurse Forecasting in Europe)*, revelou que o aumento da carga de trabalho dos enfermeiros em contexto hospitalar aumenta o risco de mortalidade dos doentes internados enquanto o maior grau de qualificação dos enfermeiros se associa a uma diminuição desse risco. Desta forma, os autores deste estudo destacam que ambientes de trabalho adequados, com uma combinação entre as competências dos enfermeiros e a sua carga de trabalho, propiciam cuidados com mais qualidade e segurança, melhores resultados e maior satisfação dos profissionais e dos clientes e contribuem para o retorno do investimento das organizações (Aiken et al., 2014).

Noutra perspetiva sobre este assunto, Braga et al. (2018) referem que apesar da qualidade dos cuidados ser uma das preocupações dos enfermeiros, a investigação e reflexão sobre a prática revelam que muitas das atividades de enfermagem não são realizadas ou são adiadas, sobretudo, por dotações inadequadas e sobrecarga de trabalho. O estudo realizado em serviços médico-cirúrgicos de 31 hospitais de Portugal, demonstrou que as intervenções como a administração de terapêutica e realização de tratamentos, são as priorizadas em detrimento da educação para a saúde ou o apoio emocional, demonstrando que quando não é possível satisfazer todas as necessidades dos clientes, ficam por realizar cuidados que não apresentam um risco imediato para a saúde dos doentes (Braga et al., 2018).

Segundo Dantas, Figueiredo, Cruz, Barbosa e Lebreiro (2020), no âmbito dos CSP, têm sido realizados alguns estudos que recorrem à construção de instrumentos próprios para a avaliação da carga de trabalho (Biff et al., 2020; Bonfim, Fugulin, Laus, Peduzzi & Gaidzinski, 2016; Bonfim, Gaidzinski, Santos, Gonçalves & Fugulin, 2012; Bonfim, Pereira,

Pierantoni, Haddad & Gaidzinski, 2015; Dantas et al., 2019a;). Não obstante, verifica-se que o cálculo da carga de trabalho dos enfermeiros que trabalham neste contexto é frequentemente realizado com base na análise de fatores locais e dados resultantes de julgamento profissional subjetivo (Dantas et al., 2019b).

Bonfim et al. (2016) realizaram um estudo no Brasil, com participação de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem das Unidades de Saúde da Família, para determinar a carga de trabalho através dos padrões de tempo das intervenções/atividades realizadas por esses profissionais com vista a contribuir para o cálculo adequado de profissionais a trabalhar nesta área. Na opinião das autoras, o tempo médio dos cuidados é o principal fator que contribui para os cálculos de dotações de profissionais de saúde, havendo, no entanto, poucos estudos que indiquem medidas de tempo adequadas para as intervenções realizadas no contexto dos CSP (Bonfim et al., 2016).

Noutro estudo recente, realizado no Brasil (Biff et al., 2020), com participação de enfermeiros em funções na Estratégia Saúde da Família, constatou-se que a carga de trabalho pode ser aumentada por fatores relacionados com o ambiente de trabalho, tais como, a falta de recursos materiais e humanos e excesso de cuidados a prestar, embora, também reconheça outras condições protetoras que contribuem para a redução da carga de trabalho, nomeadamente, o trabalho em equipa, o reconhecimento do trabalho realizado, o vínculo com os clientes e o bom relacionamento interpessoal. Este estudo destacou ainda que a escassez de enfermeiros em relação aos cuidados a prestar traduz-se na acumulação de tarefas pois leva à necessidade de assumir o trabalho de colegas, adicionando-se à abrangência geodemográfica, à complexidade das necessidades de saúde da população e à dificuldade em corresponder às suas expectativas como principais motivos potenciadores da carga de trabalho no âmbito dos CSP (Biff et al., 2020).

No âmbito do projeto MDAIF_CSP, em que se integra este estudo, foi investigada, em Portugal, a carga de trabalho de enfermagem na consulta à pessoa com diabetes *mellitus* (Dantas et al., 2020). Participaram enfermeiros de família que trabalham em USF e verificou-se o tempo de execução das intervenções de enfermagem nessa consulta, concluindo-se que a maior parte do tempo despendido pelos enfermeiros está relacionado com a prestação de cuidados diretos aos clientes (Dantas et al., 2020).

Em Portugal, a OE tem a competência de aprovar a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, considerando que para esse cálculo, para além do critério do número de horas necessárias para cuidados por doente e por dia, ou tempos médios definidos por procedimento, deve ter-se em consideração aspetos como as competências profissionais, a organização das instituições e serviços ou a formação e investigação necessárias para o desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 743/2019, 2019). É utilizado o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem para determinar as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem nos serviços de internamento e a

utilização deste instrumento de referência tem em consideração, na sua fórmula de cálculo, a dedução de dias de férias, feriados, faltas e de formação a que cada enfermeiro tem direito por lei, bem como os diferentes regimes de trabalho no que à carga horária diz respeito (Regulamento n.º 743/2019, 2019). A norma inclui ainda a recomendação de existirem, pelo menos, 35% de enfermeiros especialistas nos serviços, alocados à sua área de especialização, e o número mínimo destes enfermeiros que devem estar ao serviço por cada 24 horas (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

No que concerne aos CSP, a OE estabelece que a dotação de enfermeiros nas unidades funcionais é feita em consonância com a legislação em vigor nesta área e tem por referência a área geodemográfica abrangida e o diagnóstico de saúde da população (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Considera que os cuidados prestados em contexto domiciliário, sempre que possível, sejam realizados por dois enfermeiros para garantir a segurança dos profissionais e clientes (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Ainda no intuito da prestação de cuidados em segurança, indica os tempos adequados para algumas atividades como consultas (30 minutos), educação para a saúde em grupo (60 minutos) e consultas no domicílio (60 minutos) (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Este Regulamento n.º 743/2019 (2019) reafirma que os enfermeiros que integrem USF têm obrigatoriamente de deter o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e, em termos de cálculo da dotação de enfermeiros, tanto nas USF como nas UCSP, é aplicado um rácio de 1 enfermeiro por 350 famílias ou 1550 clientes / 1917 unidades ponderadas, que estão relacionadas com a aplicação de fatores em alguns escalões etários, sendo que: “. . . crianças até aos 6 anos contam como 1,5 unidades ponderadas. Pessoas com idade compreendida entre os 65 e 74 anos contam como 2 unidades ponderadas e pessoas com 75 e mais anos, como 2,5 unidades ponderadas. Restantes pessoas como 1 unidade ponderada” (p.152).

Relativamente ao rácio indicado para os enfermeiros que trabalham em USF e UCSP, é de assinalar que as 1917 unidades ponderadas constituem, segundo o Decreto-lei nº 73/2017 (2017), a dimensão mínima da lista de utentes inscritos por cada enfermeiro de família. Acresce que, no caso das USF modelo B, existe um regulamento para cálculo das remunerações dos seus profissionais que indica os valores a ser pagos pelo aumento de unidades ponderadas da lista de utentes inscritos em toda a unidade e que poderá corresponder até uma média de mais de 2358 unidades ponderadas por cada enfermeiro (MCSP, 2008), portanto, muito acima do recomendado pela OE como dotação segura nesta área.

Em suma, o desenvolvimento dos CSP e da enfermagem de saúde familiar têm sido acompanhados por novos desafios na prestação de cuidados neste contexto. Ao longo dos tempos, a família tem-se assumido como uma unidade de cuidados, alvo dos cuidados da enfermagem de saúde familiar, no sentido de capacitá-la para enfrentar os desafios decorrentes da sua evolução ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2013). Neste sentido, a

avaliação e intervenção do enfermeiro de família no âmbito do papel parental constitui-se fundamental para contribuir para a aquisição da identidade parental e para a confiança e competência no desempenho desse papel (Figueiredo, 2013).

Assim, tendo presente a necessidade de se garantirem cuidados com segurança e qualidade à família enquanto unidade de cuidados (Regulamento n.º 428/2018), e que o cálculo da carga de trabalho é basilar para a determinação do número adequado de enfermeiros (CNA, 2003; Zopi et al., 2017), urge investigar a carga de trabalho dos enfermeiros de família relacionada com os cuidados à família no âmbito do papel parental. Acresce que o ICN (2006) incentiva a realização de investigação sobre dotações seguras, em vários contextos, para fundamentar as dotações adequadas de enfermeiros, por constituir um fator determinante para a qualidade dos cuidados prestados e por outro lado, Dantas et al. (2019b) reforçam a necessidade de maior evidência sobre a carga de trabalho em CSP.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentamos as opções metodológicas estabelecidas para o desenvolvimento do estudo, fazendo referência ao tipo de estudo, participantes, instrumentos de colheita de dados, operacionalização das variáveis, procedimento de colheita de dados, tratamento e análise dos dados e considerações ético-legais.

2.1. Tipo de estudo

Considerando os objetivos delineados para este estudo, designadamente: (1) identificar as intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental; (2) determinar o tempo gasto pelos enfermeiros de família em cada uma das intervenções que realizam no âmbito do papel parental; (3) determinar o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que realizam no âmbito do papel parental; (4) analisar a relação entre a composição familiar e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental; (5) analisar a relação entre a classe social da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental; (6) analisar a relação entre a percepção da funcionalidade da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental; optamos por um estudo descritivo-correlacional, de natureza quantitativa.

Descritivo pois, de acordo com Fortin (2009), este tipo de estudo implica a descrição de uma população ou amostra com o propósito de conhecer as suas características. Permite analisar a manifestação de um fenómeno (Vilelas, 2020), como a carga de trabalho, através da avaliação de um ou mais atributos como o tempo gasto pelos enfermeiros nas intervenções que realizam no contexto em análise.

Descritivo-correlacional porque pretende analisar e quantificar as relações entre variáveis que se referem ao objeto de estudo e descrevê-las (Fortin, 2009; Vilelas, 2020).

De natureza quantitativa porque parte de dados objetivos, quantificáveis, comparáveis entre si e passíveis de análise estatística rigorosa na busca das causas e explicações dos fenómenos (Cardoso, 2020; Mussi, Mussi, Assunção & Nunes, 2019; Vilelas, 2020).

2.2. População e amostra

A população foi constituída pelas famílias inscritas nas USF e UCSP de um ACeS inserido numa ULS da região norte de Portugal.

Como critérios de inclusão, as famílias teriam que integrar, pelo menos, um elemento do subsistema parental (mãe/pai/figura parental) e elemento(s) do subsistema filial até aos 18 anos, serem alvo de consulta de enfermagem no âmbito do programa de saúde infantil e juvenil e aceitarem participar no estudo.

De acordo com Fortin (2009) e Vilelas (2020), uma população é um conjunto de elementos com uma ou mais características comuns, definidas segundo vários critérios, sobre os quais se pretende investigar alguma propriedade.

Todavia, devido ao elevado número de famílias que integravam a população definida, bem como, o tempo que seria necessário para que todas elas tivessem uma consulta de enfermagem, optamos por selecionar uma amostra dessa população. Esta opção está em concordância com Fortin (2009) que define amostra como um subconjunto da população que apresenta as mesmas características, e também com Vilelas (2020), afirmando que “. . . uma amostra (n), neste sentido amplo, não é mais do que uma parte do todo a que chamamos população (N) e que a representa”(p.179).

Recorremos ao método de amostragem não probabilística acidental, na medida em que, este método se caracteriza por constituir amostras com sujeitos facilmente acessíveis, presentes em determinado local e momento, sendo rápido e simples (Fortin, 2009; Vilelas, 2020). Para a obtenção da amostra, foram aplicados os critérios de inclusão, anteriormente referidos, a todas as famílias que fossem alvo de consulta de enfermagem no âmbito do programa de saúde infantil e juvenil, durante o período compreendido entre Maio e Julho de 2021, tendo-se obtido uma amostra total constituída por 170 famílias.

2.3. Instrumentos de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi constituído por um formulário, “IACENFF - Consulta de Enfermagem à Família_CE”, desenvolvido e validado no âmbito do subdomínio do Projeto MDAIF_CSP, C.7- Dotação dos Enfermeiros de Família (Anexo 1). Este formulário inclui duas partes: uma primeira parte de caracterização da família e a segunda parte com a descrição das intervenções inerentes ao processo de enfermagem.

Na primeira parte, a caracterização da família inclui os seguintes aspetos:

- Composição familiar (constituída por três questões com resposta em números naturais, relacionadas com o número de elementos do agregado familiar, o número de filhos e a idade do filho mais velho);
- Tipo de família (questão de escolha única entre as opções: casal; família nuclear; família reconstruída; família monoparental; coabitação; família institucional; comuna; unipessoal e alargada);
- Classe social (constituída por cinco questões com cinco opções de escolha segundo a Escala de Notação Social da Família - Graffar Adaptado [Amaro, 2001]);
- Perceção da funcionalidade familiar (constituída por cinco questões com três opções de escolha de acordo com a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein).

A segunda parte é constituída por uma lista de itens que correspondem às intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros de família no âmbito da área de atenção papel parental, agrupadas pelas dimensões operativas descritas pelo MDAIF, nomeadamente: “conhecimento do papel”, “comportamentos de adesão”, “adaptação da família à escola”, “consenso, conflito e saturação do papel” (Figueiredo, 2013).

Para cada item, existe uma questão dicotómica (sim/não) quanto à realização da intervenção em cada consulta, solicitando que se assinale o tempo gasto na sua execução em minutos e segundos.

Os itens de cada dimensão operativa que integram o instrumento de colheita de dados são:

- Dimensão “conhecimento do papel”:
 - Avaliar conhecimento dos pais sobre cuidados/habilidades ao coto umbilical;
 - Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical;
 - Instruir os pais sobre cuidados ao coto umbilical;
 - Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical;
 - Avaliar conhecimento/habilidades dos pais sobre aleitamento materno;
 - Ensinar os pais sobre aleitamento materno;
 - Instruir os pais sobre técnica de aleitamento materno;

- Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial;
- Ensinar os pais sobre aleitamento artificial;
- Ensinar os pais sobre características das dejectões do recém-nascido;
- Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica;
- Ensinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido;
- Ensinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido;
- Ensinar os pais sobre vigilância de saúde;
- Ensinar os pais sobre características do recém-nascido;
- Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre processo de vinculação;
- Ensinar os pais sobre processo de vinculação;
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão alimentar;
- Ensinar os pais sobre padrão alimentar;
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos;
- Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos;
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso;
- Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso;
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene;
- Ensinar os pais sobre padrão de higiene;
- Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral;
- Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes;
- Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária;
- Ensinar os pais sobre padrão de exercício;
- Ensinar os pais sobre actividades de lazer;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar os pais sobre socialização;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil;
- Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil;
- Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicosexual e social;
- Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes.

➤ Dimensão “comportamentos de adesão”:

- Avaliar o cumprimento das consultas de vigilância;
- Motivar os pais para o cumprimento das consultas de vigilância;
- Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança;
- Avaliar a promoção da ingestão nutricional adequada;

- Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada;
 - Avaliar a promoção da higiene adequada;
 - Motivar os pais para higiene adequada;
 - Avaliar a promoção de exercício;
 - Motivar os pais para o exercício;
 - Avaliar a promoção de actividades de lazer;
 - Motivar os pais para actividades de lazer;
 - Avaliar a promoção da socialização/autonomia;
 - Motivar os pais para a socialização;
 - Avaliar a definição de regras entre os subsistemas;
 - Motivar os pais para a importância de regras estruturantes;
 - Orientar para serviços sociais / comunitários.
- Dimensão “adaptação da família à escola”:
- Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários;
 - Advogar criação de espaço para a criança estudar;
 - Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança;
 - Motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares;
 - Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência;
 - Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente;
 - Informar os pais sobre a importância da interacção do adolescente com o grupo de amigos;
 - Elogiar as forças da família e dos indivíduos;
 - Promover a comunicação familiar.
- Dimensão “consenso, conflito e saturação do papel”:
- Avaliar as dimensões não consensuais de papel;
 - Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
 - Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
 - Promover a comunicação expressiva das emoções;
 - Avaliar as dimensões conflituais do papel;
 - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;
 - Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família;
 - Promover o envolvimento da família alargada;
 - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação);
 - Promover estratégias de coping para o papel.

Este instrumento de colheita de dados foi o escolhido para este estudo por ter sido desenvolvido e validado no âmbito do projeto de investigação MDAIF_CSP, em que o mesmo se insere, indo ao encontro da perspectiva de Fortin (2009), de que a escolha dos instrumentos de colheita de dados deve ter em conta os objetivos do estudo, o conhecimento do investigador sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceituais, a fidelidade e a validade dos instrumentos.

2.4. Operacionalização das variáveis

As variáveis deste estudo, em consonância com o referido por Fortin (2009) e Vilelas (2020), constituem-se como as características ou qualidades da população que podem assumir diferentes valores que se pretendem medir, relacionando-se com a caracterização das famílias que constituem a amostra e as dimensões da área de atenção papel parental. Estas dimensões são definidas segundo os conceitos descritos no referencial teórico utilizado no estudo, o MDAIF (Figueiredo, 2013), e são operacionalizadas através do tempo gasto nas intervenções desenvolvidas no âmbito das mesmas.

Em termos de caracterização das famílias, foram selecionadas variáveis relacionadas com: composição da família, tipo de família, classe social e perceção da funcionalidade da família.

A composição da família é definida como:

. . . agrega a informação sobre quem faz parte da família, a identificação dos elementos, o vínculo entre os mesmos, datas de nascimento e outros dados considerados relevantes para a compreensão da estrutura, como alterações da sua composição decorrentes de óbitos, divórcios e novos casamentos, ou ainda de nascimento ou adopção. Este item de caracterização remete para a identificação da ordem de nascimentos e sub-sistemas, considerados essenciais na avaliação dinâmica e ecológica da família (Figueiredo, 2013, p.73).

É operacionalizada através de três variáveis quantitativas discretas: número de elementos do agregado familiar, número de filhos e idade do filho mais velho. Além de se constituírem como atributos, neste estudo estas variáveis também são independentes.

Relativamente ao tipo de família, Figueiredo (2013) define que “inventaria a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, que determinam algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento” (p.73). Trata-se de uma variável de atributo qualitativa nominal constituída por nove categorias descritas pela mesma autora como:

Casal (homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não serem legalmente casados); família nuclear (homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo ser ou não legalmente casados; casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adotados, podendo ser ou não legalmente casados); família reconstruída (casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento); família monoparental (constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental); coabitação (homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação); família institucional (reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos); comuna (grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de sub-sistemas associados a grupos domésticos); unipessoal (uma pessoa numa habitação); alargada (constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco) (Figueiredo, 2013, p.74).

A classe social, na perspectiva de Figueiredo (2013), “possibilita a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos factores de stress familiares que possam estar associados aos aspectos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial” (p. 75).

Apresenta-se como uma variável qualitativa ordinal que se assume como atributo e independente, avaliada em cinco itens para cada dimensão (profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência) de acordo com a Escala de Notação Social da Família - Graffar Adaptado (Amaro, 2001) adotada no MDAIF (Figueiredo, 2013). Atribuindo uma pontuação de 1 a 5 para cada dimensão / itens da escala, de acordo com o elemento do agregado familiar que apresentar maior pontuação em cada dimensão, e fazendo o somatório, obtém-se um *score* total que permite classificar as seguintes classes:

- Classe I (classe alta) - pontuação entre 5 e 9;
- Classe II (classe média alta) - pontuação entre 10 e 13;
- Classe III (classe média) - pontuação entre 14 e 17;
- Classe IV (classe média baixa) - pontuação entre 18 e 21;
- Classe V (classe baixa) - pontuação entre 22 e 25 (Amaro, 2001).

Quanto à percepção da funcionalidade da família, surge como uma variável qualitativa ordinal, também como atributo e independente, avaliada através da Escala de Apgar Familiar de Smilkstein que Figueiredo (2013) integrou no MDAIF para auxiliar a avaliação familiar no que se refere ao processo familiar, concretamente a percepção dos membros da família sobre a funcionalidade da mesma, na medida em que,

. . . a percepção de cada membro sobre o apoio e preocupação da família relativamente às suas preocupações e sentimentos, a forma como manifestam a sua identidade autónoma, são, entre outros indicadores, dados que, emergindo da interpenetrabilidade das categorias avaliativas possibilitam, de uma forma integrativa, a avaliação dos limites, enquanto regras de diferenciação e autonomização dos subsistemas (Figueiredo, 2013, p.100).

Esta variável é avaliada por cinco perguntas com três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. Somando estas pontuações é possível obter a classificação em:

- Família altamente funcional: 7 a 10 pontos;
- Família com moderada disfunção: 4 a 6 pontos;
- Família com disfunção acentuada: 0 a 3 pontos.

Segundo Figueiredo (2013, p.85), “o papel parental é definido como o padrão de interação, que integra o conhecimento e aptidão para o desenvolvimento de comportamentos em reciprocidade, que permitam a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança”. Complementando esta definição central, Figueiredo (2013) descreve dimensões operativas, enquanto subáreas do papel parental, que se apresentam como quatro variáveis qualitativas nominais:

- Conhecimento do papel;
- Comportamentos de adesão;
- Adaptação da família à escola;
- Consenso, conflito e saturação do papel.

O conhecimento do papel inclui

. . . os aspectos relacionados com a informação e a capacidade no âmbito da aprendizagem de habilidades, de forma a identificar necessidades de incorporação de novos conhecimentos, que conduzam à alteração de comportamento e à consequente mudança do sistema, no sentido do seu funcionamento efectivo, face às suas novas funções (Figueiredo, 2013, p.86).

No que concerne aos comportamentos de adesão,

. . . pretendem representar o conjunto de aspectos a valorizar na avaliação familiar, no que se refere às acções tomadas pelos pais que possam traduzir a incorporação plena da parentalidade, através da identidade do papel, que se manifesta pela confiança e competência no desempenho do mesmo (Figueiredo, 2013, p.89).

A adaptação da família à escola define-se como

a conjugação de estratégias utilizadas pela família para prosseguir as suas finalidades e promover respostas adaptativas dos seus membros às novas situações é, neste contexto, direccionada à reorganização funcional da família aos novos horários e à criação de espaço individualizado para estudar; a participação dos pais nas actividades de estudo da criança e actividades escolares e, ainda, a promoção da socialização e autonomia da criança (Figueiredo, 2013, p.90).

Por último, agrupamos os fatores de tensão do papel: consenso, conflito e saturação do papel (Figueiredo, 2013).

O consenso “. . . relaciona-se com a aceitação dos membros da família sobre as expectativas associadas ao papel” (Figueiredo, 2013, p.91), sendo que,

. . . a negociação sobre a divisão das tarefas parentais, a concordância sobre as expectativas ligadas ao papel parental, a oportunidade de expressarem sentimentos face ao desempenho do papel e, ainda o envolvimento dos pais no exercício do mesmo, são alguns dos itens considerados para a avaliação desta categoria (Figueiredo, 2013, p.91).

Por sua vez, o conflito está relacionado com a

. . . sobrecarga de tarefas e papéis atribuídas a cada elemento do sub-sistema parental, a conciliação da conjugalidade com a parentalidade e, ainda, o apoio da família alargada ou de outros sistemas amplos nos cuidados parentais (Figueiredo, 2013, p.91).

A saturação do papel envolve os “. . . recursos de tempo ou energia para desempenhar eficazmente as tarefas inerentes ao mesmo” (Figueiredo, 2013, p.91).

Todas as dimensões operativas do papel parental são operacionalizadas pelo conjunto de itens adjacentes a cada uma, listados anteriormente. Assim, cada um destes itens corresponde a uma variável qualitativa nominal, com resposta dicotómica (sim/não), em relação à sua realização na consulta. O tempo gasto na realização de cada item é avaliado em minutos e segundos e convertido na unidade minutos, tratando-se assim de uma variável quantitativa contínua para cada item. Aceita-se como tempo mínimo os zero minutos, correspondendo aos itens que não foram realizados. Para cada dimensão operativa (conhecimento do papel, comportamentos de adesão, adaptação da família à escola e consenso, conflito e saturação do papel) é calculada a média do tempo gasto no conjunto das intervenções que as integram, constituindo-se, desta forma, como quatro variáveis quantitativas contínuas que se assumem, neste estudo, como variáveis dependentes.

2.5.Procedimento de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada através de uma plataforma digital de acesso restrito através da internet, denominada “Avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família” (ACTENFF), disponível em www.ACTENFF.pt. Esta plataforma, igualmente desenvolvida no âmbito do projeto MDAIF_CSP, é constituída por diversos menus com a listagem das diferentes opções. Estas reportam-se às áreas de atuação dos enfermeiros nas USF e UCSP e programas nacionais de saúde:

- Prevenção e gestão da doença crónica;

- Prevenção e gestão das doenças transmissíveis;
- Promoção da saúde mental;
- Promoção da saúde infantil e juvenil;
- Promoção e vigilância da saúde sexual e reprodutiva;
- Promoção da saúde;
- Prevenção e tratamento à pessoa em situação de doença aguda;
- Prevenção e tratamento da pessoa com ferida;
- Atitudes terapêuticas;
- Saúde familiar.

Cada uma das opções integra um formulário referente à respetiva área. O formulário “IACENFF - Consulta de Enfermagem à Família_CE”, utilizado neste estudo, está integrado no menu “saúde familiar” e inclui as intervenções relacionadas com as diferentes dimensões de avaliação das áreas de atenção familiares definidas no MDAIF (Figueiredo, 2013), nomeadamente, as referentes ao papel parental.

O estudo foi apresentado aos enfermeiros de família das unidades funcionais envolvidas, sendo solicitada a sua colaboração para a seleção da amostra e para a colheita de dados das consultas que eles próprios realizaram durante o período de tempo definido para esta fase. Neste sentido, os enfermeiros convidaram todos os clientes que correspondessem aos critérios de inclusão definidos para participarem no estudo.

Realizaram-se várias reuniões online, em datas distintas, para a exposição dos objetivos do estudo e do instrumento de colheita de dados com demonstração da utilização da plataforma onde está integrado e uniformização de procedimentos de colheita de dados através da mesma. Para os enfermeiros que se disponibilizaram a participar nesta etapa, foram posteriormente enviadas, por correio eletrónico, palavras-chave para autenticação e acesso à plataforma e uma hiperligação de um vídeo explicativo da utilização da plataforma para ajudar a esclarecer alguma possível dúvida (disponível em <https://youtu.be/9mZFmZxfoWE>). Semanalmente era realizada uma monitorização do progresso da colheita de dados e eram enviados emails aos enfermeiros para lembrar o prazo desta fase e motivar a sua realização.

O facto de ser uma plataforma digital permitiu bloquear o acesso aos outros formulários para evitar erros na colheita de dados. Assim, ao aceder à plataforma, cada utilizador apenas tinha acesso a um ícone denominado “saúde familiar”. Selecionando este ícone surgia automaticamente o formulário “IACENFF - Consulta de Enfermagem à Família_CE” com obrigatoriedade de resposta a um primeiro separador com as questões de caracterização da família, seguindo-se um segundo separador intitulado “processo de enfermagem”, contendo a lista de intervenções/atividades de enfermagem para que os participantes respondessem obrigatoriamente, para cada uma, se foi realizada e o tempo que gastou na mesma ou se não foi realizada na consulta. No final do preenchimento do

formulário o enfermeiro selecionava um botão “submeter” e automaticamente as respostas ficavam armazenadas na plataforma para posterior processamento e análise de dados.

Por outro lado, o formato digital facilitou todo o processo porque permitiu o acesso de todos os enfermeiros sem necessidade de recorrer à distribuição e recolha de formulários em papel, estando sempre disponível através do computador e ligação à internet que os enfermeiros já dispõem no seu local de trabalho.

Durante o período de tempo definido para a colheita de dados, cada enfermeiro acedeu à plataforma e registou os dados colhidos no decorrer das consultas de saúde infantil e juvenil após ter obtido o consentimento dos clientes presentes nas mesmas para participar no estudo.

2.6. Tratamento e análise dos dados

Os dados colhidos através da plataforma ACTENFF foram extraídos em formato Excel, sendo posteriormente transcritos para uma base de dados criada no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25, onde foram processados para permitir realizar uma análise estatística descritiva e inferencial.

Para caracterizar a amostra recorreremos à estatística descritiva, com a distribuição de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e de dispersão, uma vez que de acordo com Fortin (2009), a estatística descritiva permite descrever as características da amostra estudada, bem como, os valores obtidos pelas variáveis selecionadas.

No sentido de avaliar a homogeneidade da amostra nas variáveis consideradas neste estudo como dependentes, utilizamos o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* (Vilelas, 2020). Do resultado deste teste concluímos que estávamos perante uma amostra com distribuição não normal (Sig.=0,000), pelo que para análise inferencial recorreremos a testes estatísticos não paramétricos no sentido de avaliar as relações entre as variáveis. Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*, que é um teste que mede a existência de correlação que possa existir entre variáveis e a direção da mesma no sentido positivo ou negativo (Vilelas, 2020), sem ser afetado pela assimetria da distribuição (Pestana & Gageiro, 2014). A apresentação dos resultados foi feita através de tabelas e gráficos para facilitar a leitura dos dados.

2.7. Considerações ético-legais

A realização deste estudo foi autorizada pelo Conselho de Administração e Comissão de Ética para a Saúde da ULS selecionada para o mesmo (Anexo 2).

Respeitou as regras de conduta de investigação expressas na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013), da legislação nacional em vigor referente ao Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (All European Academies, 2018) e do Regulamento Geral de Proteção de Dados (Lei nº 58/2019, 2019).

De acordo com Nunes (2013), as preocupações éticas estão presentes em todas as etapas do processo de investigação e adquirem uma importância reforçada na área da enfermagem pelo facto de os enfermeiros terem preocupações adicionais com o bem-estar e integridade dos participantes nos estudos.

Assim, respeitando os princípios éticos em investigação e os direitos dos participantes no estudo, foi-lhes conferida a oportunidade de serem informados sobre a natureza, duração, objetivos, método, inconvenientes e riscos do mesmo, assim como o acesso à informação relativa à sua colaboração e ao desenvolvimento do estudo.

Somente após o esclarecimento das características do estudo anteriormente mencionadas, é que foi solicitada a participação no estudo, assegurando, a ausência de implicações físicas, psicológicas, sociais ou económicas que poderiam advir da sua participação e o consentimento informado, livre e esclarecido. De ressaltar que, através da plataforma digital utilizada para a colheita de dados, era possível visualizar e imprimir os termos de consentimento informado.

Foi garantida a confidencialidade das informações recolhidas, através da codificação dos formulários, e assegurado que qualquer informação fornecida pelos participantes não seria acessível a elementos externos à equipa de investigação e à equipa de saúde.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo apresentamos os resultados obtidos na amostra estudada divididos em subcapítulos referentes às características das famílias quanto à composição familiar, classe social e percepção da funcionalidade da família, a que se seguem as intervenções que os enfermeiros de família realizaram na consulta à família no âmbito do papel parental e das suas dimensões operativas, o tempo gasto nas mesmas e a sua relação com as características das famílias.

3.1. Composição familiar

Na amostra constituída por 170 famílias (n=170), o número de elementos por agregado familiar é em média (\pm desvio-padrão [DP]) 3,7 (\pm 0,8). Identifica-se uma maioria de famílias (51,2%; n=87) constituídas por 3 elementos, seguindo-se 34,7% (n=59) de famílias constituídas por 4 elementos, 11,2% (n=19) de famílias com 5 elementos e 2,9% (n=5) de famílias com 6 elementos (Tabela 1).

Nº de elementos do agregado familiar	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
3 Elementos	87	51,2
4 Elementos	59	34,7
5 Elementos	19	11,2
6 Elementos	5	2,9
TOTAL	170	100,0

TABELA 1: Distribuição das famílias segundo o número de elementos do agregado familiar

O número de filhos é em média (\pm DP) 1,7 (\pm 0,8). Existem 46,5% (n=79) de famílias com apenas 1 filho, 41,8% (n=71) de famílias com 2 filhos, 8,2% (n=14) de famílias com 3 filhos e 3,5% (n=6) de famílias com 4 filhos (Tabela 2).

Nº de filhos	n	%
1 Filho	79	46,5
2 Filhos	71	41,8
3 Filhos	14	8,2
4 Filhos	6	3,5
TOTAL	170	100,0

TABELA 2: Distribuição das famílias segundo o número de filhos

Relativamente à idade do filho mais velho, é em média (\pm DP) 6 (\pm 6,1) anos, variando entre 24,7% (n=42) de famílias em que o filho mais velho tem menos de um ano de idade e 0,6% (n=1) de famílias em que o filho mais velho tem 21, 26, 28 ou 30 anos de idade.

3.2. Tipo de família

No que concerne ao tipo de família, a amostra é constituída por 89,4% (n=152) de famílias nucleares, 5,9% (n=10) de famílias alargadas e 4,7% (n=8) de famílias monoparentais (Gráfico 1).

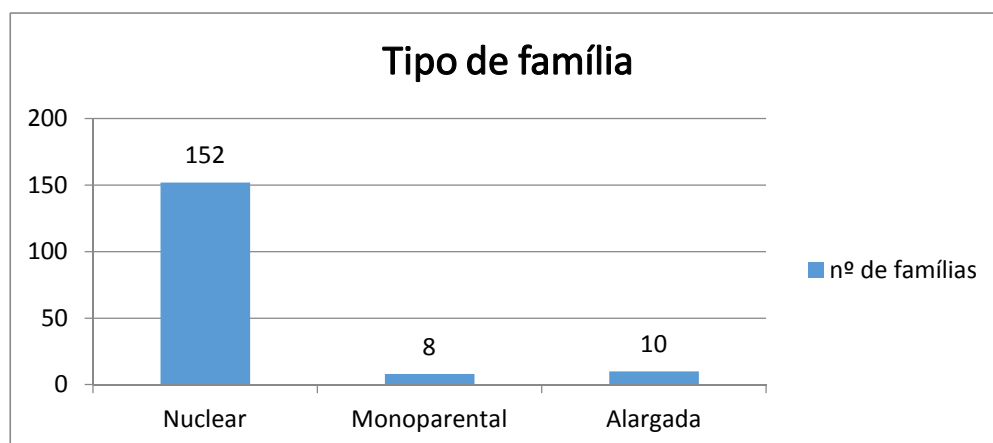


GRÁFICO 1: Distribuição das famílias segundo o tipo de família

3.3. Classe social

A amostra é constituída por 45,9% (n=78) de famílias da classe média alta, 30% (n=51) de famílias da classe média, 14,7% (n=25) de famílias da classe média baixa, 8,8% (n=15) de famílias da classe alta e apenas uma família (0,6%; n=1) da classe baixa (Tabela 3).

Classe Social (Graffar adaptado)	n	%
Classe I (classe alta)	15	8,8
Classe II (classe média alta)	78	45,9
Classe III (classe média)	51	30,0
Classe IV (classe média baixa)	25	14,7
Classe V (classe baixa)	1	0,6
TOTAL	170	100,0

TABELA 3: Distribuição das famílias segundo a classe social

Atendendo à distribuição de frequências para cada item das dimensões da escala de Graffar adaptado (Amaro, 2001) verifica-se que relativamente à profissão existe uma maior distribuição (38,2%; n=65) pelo grupo de profissões que inclui pequenos industriais e comerciantes, quadros médios, chefes de secção, empregados de escritório de grau superior, médios agricultores, sargentos e equiparados, e (34,1%; n=58) pelo grupo que compreende médios industriais e comerciantes, dirigentes de médias empresas, agricultores, proprietários, dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado, oficiais das Forças Armadas, profissões liberais e professores do Ensino Básico, Secundário ou Universitário sem Doutoramento. Existem 11,8% (n=20) de famílias cuja profissão, de pelo menos um dos seus membros, se enquadra em pequenos agricultores, rendeiros, empregados de escritório de grau inferior, operários semi-qualificados, funcionários públicos ou membros das Forças Armadas ou militarizadas de grau inferior e outros 11,8% (n=20) de famílias, com pelo menos um dos seus membros, com profissão englobada nos assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados ou profissões não classificadas nos outros grupos. Apenas 4,1% (n=7) de famílias têm, pelo menos um dos seus membros, a trabalhar como grande industrial e comerciante, gestor de topo do setor

público ou privado, professor Universitário com Doutorado, Brigadeiro, General, Marechal, profissional liberal de topo ou alto dirigente político.

Predominam como níveis mais elevados de instrução dos membros de cada família o 12º ano ou 9 ou mais anos de escolaridade (45,9%; n=78) e Licenciatura, Mestrado ou Doutorado (45,3%; n=77). Nos restantes casos, o Bacharelato ou curso superior com duração inferior ou igual a 3 anos é o nível máximo de instrução dos membros de 8,2% (n=14) de famílias e numa família (0,6%; n=1) o nível de instrução é classificado como não sabe ler ou escrever ou escolaridade inferior a 4 anos. Salienta-se que não existe nenhuma família com o nível mais elevado de instrução dos seus membros identificado entre os 4 ou mais anos e os 9 anos de escolaridade.

O rendimento familiar provém sobretudo de vencimentos certos (76,5%; n=130). Os rendimentos baseados em remunerações inferiores ou iguais ao salário mínimo nacional, em pensionistas ou reformados ou em vencimentos incertos são a origem do rendimento de 11,2% (n=19) de famílias. Os altos vencimentos e honorários são a origem do rendimento para 7,6% (n=13) de famílias, enquanto a assistência através de subsídios ou rendimento mínimo garantido (RMG) é a origem para 4,1% (n=7) de famílias. Os lucros de empresas, de propriedades, heranças ou de rendimentos profissionais de elevado nível são considerados numa família (0,6%; n=1).

O tipo de habitação varia, predominantemente, entre casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e wc, com eletrodomésticos essenciais (43,5%; n=74) e casa ou andar bastante espaçoso e confortável (38,3%; n=65). Existem 14,1% (n=24) das famílias que vivem em casa ou andar modesto, com cozinha e wc, com eletrodomésticos de menor nível e 3,5% (n=6) das famílias em casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto. Uma família (0,6%; n=1) vive em habitação imprópria (barraca, andar ou outro) ou em coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.

Relativamente ao local de residência, 47,6% (n=81) das famílias moram num bom local e 30,6% (n=52) das famílias moram numa zona intermédia. Das restantes, 15,3% (n=26) das famílias moram num bairro social ou operário ou zona antiga e 6,5% (n=11) das famílias moram em zona residencial elegante. Não existe nenhuma família cuja residência se localize num bairro de lata ou equivalente.

3.4. Perceção da funcionalidade da família

A perceção da funcionalidade da família apresenta maioritariamente famílias altamente funcionais (84,7%; n=144). Existem ainda 11,8% (n=20) de famílias com moderada disfunção e 3,5% (n=6) de famílias com disfunção acentuada (Gráfico 2).

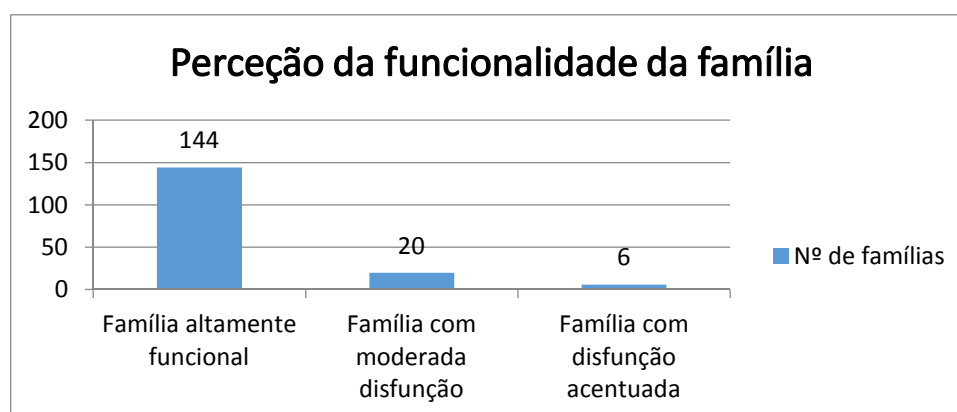


GRÁFICO 2: Distribuição das famílias segundo a perceção da funcionalidade da família

Analisando cada uma das questões incluídas na Escala de Apgar Familiar de Smilkstein, verificamos uma distribuição muito homogénea da amostra nas diferentes questões, com a resposta “quase sempre” a variar entre os 80,0% e os 83,5%, como se pode comprovar na Tabela 4.

Questões	Quase sempre		Algumas vezes		Quase nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa?	137	80,6	27	15,9	6	3,5	170	100,0
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema?	142	83,5	22	13,0	6	3,5	170	100,0
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida?	136	80,0	28	16,5	6	3,5	170	100,0
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	139	81,8	26	15,3	5	2,9	170	100,0
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família?	139	81,8	26	15,3	5	2,9	170	100,0

TABELA 4: Distribuição das questões relativas à Escala de Apgar Familiar de Smilkstein

3.5. Intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental e o tempo gasto na sua realização

Da análise sobre as intervenções e o tempo gasto pelos enfermeiros de família na sua realização no âmbito do papel parental, no que diz respeito à dimensão “conhecimento do papel” verificamos que as mais frequentes foram (Tabelas 5, 6 e 7):

- Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil (70,6%; n=120);
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão alimentar (63,5%; n=108);
- Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil (60,0%; n=102);
- Ensinar os pais sobre padrão alimentar (56,5%; n=96);
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso (49,4%; n=84);
- Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso (38,8%; n=66);
- Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral (37,1%; n=63);
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene (35,9%; n=61);
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos (31,2%; n=53);
- Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes (30,6%; n=52).

Intervenções na Dimensão Conhecimento do Papel	n	%	Tempo Gasto Por Consulta (em minutos)			
			Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Avaliar conhecimento dos pais sobre cuidados/habilidades ao coto umbilical	11	6,5	0,07	0,44	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical	10	5,9	0,07	0,34	0,00	3,00
Instruir os pais sobre cuidados ao coto umbilical	6	3,5	0,04	0,22	0,00	2,00
Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical	3	1,8	0,02	0,13	0,00	1,00
Avaliar conhecimento/habilidades dos pais sobre aleitamento materno	27	15,9	0,30	1,10	0,00	10,00

Tabela 5: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão conhecimento do papel

Intervenções na Dimensão Conhecimento do Papel	n	%	Tempo Gasto Por Consulta (em minutos)			
			Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Ensinar os pais sobre aleitamento materno	16	9,4	0,18	1,21	0,00	15,00
Instruir os pais sobre técnica de aleitamento materno	4	2,4	0,05	0,45	0,00	5,00
Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno	4	2,4	0,23	2,07	0,00	25,00
Avaliar conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	23	13,5	0,13	0,47	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre aleitamento artificial	18	10,6	0,20	0,95	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido	11	6,5	0,08	0,35	0,00	2,00
Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica	16	9,4	0,16	0,85	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido	9	5,3	0,08	0,46	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	7	4,1	0,09	0,51	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre vigilância de saúde	13	7,6	0,13	0,56	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre características do recém-nascido	9	5,3	0,08	0,40	0,00	3,00
Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido	6	3,5	0,06	0,35	0,00	2,00
Avaliar conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	17	10,0	0,10	0,46	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre processo de vinculação	11	6,5	0,08	0,45	0,00	5,00
Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão alimentar	108	63,5	1,06	1,52	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre padrão alimentar	96	56,5	1,32	1,81	0,00	10,00
Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos	53	31,2	0,30	0,59	0,00	3,00
Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos	47	27,6	0,27	0,53	0,00	3,00
Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso	84	49,4	0,60	1,09	0,00	10,00
Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso	66	38,8	0,65	1,43	0,00	15,00
Avaliar o conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene	61	35,9	0,52	2,02	0,00	25,00

Tabela 6: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão conhecimento do papel (continuação)

Intervenções na Dimensão Conhecimento do Papel	n	%	Tempo Gasto Por Consulta (em minutos)			
			Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Ensinar os pais sobre padrão de higiene	28	16,5	0,27	0,80	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral	63	37,1	0,58	1,18	0,00	10,00
Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes	52	30,6	0,51	1,03	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária	50	29,4	0,42	0,96	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre padrão de exercício	22	12,9	0,26	0,94	0,00	5,00
Ensinar os pais sobre actividades de lazer	14	8,2	0,08	0,35	0,00	3,00
Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	40	23,5	0,31	1,31	0,00	15,00
Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes	36	21,2	0,29	0,93	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre socialização	30	17,6	0,31	1,00	0,00	6,00
Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	120	70,6	1,33	1,78	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil	102	60,0	1,37	1,78	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	10	5,9	0,17	0,95	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes	40	23,5	0,57	1,40	0,00	10,00
Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	7	4,1	0,09	0,45	0,00	3,00
Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente	5	2,9	0,04	0,21	0,00	2,00
Informar os pais sobre a importância da interacção do adolescente com o grupo de amigos	4	2,4	0,02	0,15	0,00	1,00

TABELA 7: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão conhecimento do papel (continuação)

Relativamente ao tempo gasto pelos enfermeiros de família na realização de cada intervenção no âmbito desta dimensão operativa verificamos que as que representaram, em média, um maior gasto de tempo foram (Tabelas 5, 6 e 7):

- Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil (média [±DP] de 1,37 [±1,78] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil (média [±DP] de 1,33 [±1,78] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Ensinar os pais sobre padrão alimentar (média [±DP] de 1,32 [±1,81] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão alimentar (média [±DP] de 1,06 [±1,52] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso (média [±DP] de 0,65 [±1,43] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 15 minutos);
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso (média [±DP] de 0,60 [±1,09] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral (média [±DP] de 0,58 [±1,18] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes (média [±DP] de 0,57 [±1,40] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Avaliar o conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene (média [±DP] de 0,52 [±2,02] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 25 minutos);
- Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes (média [±DP] de 0,51 [±1,03] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de cinco minutos).

No que diz respeito às intervenções relativas à dimensão “comportamento de adesão” verificamos que as mais frequentes foram (Tabela 8):

- Avaliar o cumprimento das consultas de vigilância (57,6%; n=98);
- Motivar os pais para o cumprimento das consultas de vigilância (45,9%; n=78);
- Avaliar a promoção da ingestão nutricional adequada (31,2%; n=53);
- Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada (27,1%; n=46);
- Avaliar a promoção da higiene adequada (26,5%; n=45);
- Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança (25,3%; n=43).

Intervenções na Dimensão Comportamento de Adesão	n	%	Tempo Gasto Por Consulta (em minutos)			
			Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Avaliar o cumprimento das consultas de vigilância	98	57,6	0,53	0,87	0,00	5,00
Motivar os pais para o cumprimento das consultas de vigilância	78	45,9	0,41	0,70	0,00	5,00
Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança	43	25,3	0,22	0,56	0,00	5,00
Avaliar a promoção da ingestão nutricional adequada	53	31,2	0,61	1,36	0,00	10,00
Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada	46	27,1	0,45	1,10	0,00	8,00
Avaliar a promoção da higiene adequada	45	26,5	0,28	0,70	0,00	5,00
Motivar os pais para higiene adequada	40	23,5	0,28	0,70	0,00	5,00
Avaliar a promoção de exercício	38	22,4	0,29	0,90	0,00	5,00
Motivar os pais para o exercício	27	15,9	0,20	0,69	0,00	5,00
Avaliar a promoção de actividades de lazer	18	10,6	0,07	0,24	0,00	2,00
Motivar os pais para actividades de lazer	16	9,4	0,05	0,27	0,00	3,00
Avaliar a promoção da socialização/autonomia	30	17,6	0,29	0,86	0,00	5,00
Motivar os pais para a socialização	23	13,5	0,17	0,63	0,00	5,00
Avaliar a definição de regras entre os subsistemas	19	11,2	0,20	0,66	0,00	4,00
Motivar os pais para a importância de regras estruturantes	30	17,6	0,30	1,00	0,00	10,00
Orientar para serviços sociais / comunitários	18	10,6	0,87	3,66	0,00	25,00
Elogiar as forças da família e dos indivíduos	6	3,5	0,02	0,11	0,00	1,00
Promover a comunicação familiar	7	4,1	0,04	0,23	0,00	2,00

TABELA 8: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão comportamento de adesão

Em relação ao tempo gasto na realização das intervenções desta dimensão operativa verificamos que as que representaram, em média, um gasto médio de tempo maior foram (Tabela 8):

- Orientar para serviços sociais / comunitários (média [\pm DP] de 0,87 [\pm 3,66] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 25 minutos);
- Avaliar a promoção da ingestão nutricional adequada (média [\pm DP] de 0,61 [\pm 1,36] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);

- Avaliar o cumprimento das consultas de vigilância (média [±DP] de 0,53 [±0,87] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de cinco minutos);
- Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada (média [±DP] de 0,45 [±1,10] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de oito minutos);
- Motivar os pais para o cumprimento das consultas de vigilância (média [±DP] de 0,41 [±3,66] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de cinco minutos);
- Motivar os pais para a importância de regras estruturantes (média [±DP] de 0,30 [±1,00] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos).

Na dimensão “adaptação da família à escola” verificamos que as intervenções mais frequentes foram (Tabela 9):

- Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança (2,4%; n=4);
Motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares (1,2%; n=2).

Intervenções na Dimensão Adaptação da Família à Escola	n	%	Tempo Gasto Por Consulta (em minutos)			
			Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários	1	0,60	0,01	0,15	0,00	2,00
Advogar criação de espaço para a criança estudar	1	0,60	0,00	0,04	0,00	0,50
Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança	4	2,4	0,06	0,49	0,00	5,00
Motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares	2	1,2	0,02	0,22	0,00	2,00

TABELA 9: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão adaptação da família à escola

As intervenções desta dimensão operativa que representaram um gasto médio de tempo maior foram (Tabela 9):

- Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança (média [±DP] de 0,06 [±0,49] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de cinco minutos);
- Motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares (média [±DP] de 0,02 [±0,22] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de dois minutos).

Em relação à dimensão “consenso conflito e saturação do papel”, as intervenções mais frequentes foram (Tabela 10):

- Promover a comunicação expressiva das emoções (21,8%; n=37);
- Promover o envolvimento da família alargada (14,1%; n=24);
- Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família (9,4%; n=16).

Intervenções na Dimensão Consenso, Conflito e Saturação do Papel	n	%	Tempo Gasto Por Consulta (em minutos)			
			Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Avaliar as dimensões não consensuais de papel	7	4,1	0,05	0,24	0,00	2,00
Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	16	9,4	0,16	0,57	0,00	3,00
Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	9	5,3	0,07	0,32	0,00	2,00
Promover a comunicação expressiva das emoções	37	21,8	0,45	1,27	0,00	10,00
Avaliar as dimensões conflituais do papel	13	7,6	0,18	1,23	0,00	15,00
Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	14	8,2	0,12	0,45	0,00	3,00
Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família	8	4,7	0,06	0,28	0,00	2,00
Promover o envolvimento da família alargada	24	14,1	0,18	0,53	0,00	3,00
Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	12	7,1	0,14	0,67	0,00	6,00
Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel	12	7,1	0,14	0,70	0,00	5,00

TABELA 10: Distribuição da realização e tempo gasto por consulta nas intervenções da dimensão consenso, conflito e saturação do papel

O gasto médio de tempo na realização das intervenções desta dimensão operativa foi maior nas seguintes (Tabela 10):

- Promover a comunicação expressiva das emoções (média [±DP] de 0,45 [±1,27] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 10 minutos);
- Promover o envolvimento da família alargada (média [±DP] de 0,18 [±0,53] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de três minutos);
- Avaliar as dimensões conflituais do papel (média [±DP] de 0,18 [±1,23] minutos; mínimo de zero minutos; máximo de 15 minutos).

O tempo gasto pelos enfermeiros de família na realização das intervenções no âmbito do papel parental, no conjunto de todas as suas dimensões operativas, foi em média (\pm DP) de 20,46 (\pm 21,13) minutos por consulta, variando entre zero e 143,49 minutos gastos entre as 170 consultas que as famílias em estudo tiveram.

Subdividindo o conjunto de intervenções que os enfermeiros de família realizaram relacionadas com cada dimensão operativa do papel parental verificamos que se destaca a dimensão “conhecimento do papel” com uma média (\pm DP) de 13,53 (\pm 14,96) minutos por consulta e uma variação entre zero e 137,66 minutos gastos.

Em sentido oposto, a dimensão operativa que representou menor tempo gasto na realização das atividades relacionadas foi a “adaptação da família à escola” com uma média (\pm DP) de apenas 0,10 (\pm 0,72) minutos por consulta e uma variação entre zero e 7 minutos gastos.

A dimensão “comportamento de adesão” representa uma média (\pm DP) de 5,28 (\pm 7,30) minutos gastos por consulta, variando entre os zero e os 35,50 minutos gastos.

Em relação à dimensão “consenso, conflito e saturação do papel” verificamos uma média (\pm DP) de 1,55 (\pm 3,76) minutos por consulta, variando entre os zero e os 30 minutos gastos.

A distribuição destes resultados pode ser observada na tabela 11.

Dimensões do Papel Parental	Tempo Gasto Por Consulta (em minutos)			
	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Conhecimento do Papel	13,53	14,96	0,00	137,66
Comportamento de Adesão	5,28	7,30	0,00	35,50
Adaptação da Família à Escola	0,10	0,72	0,00	7,00
Consenso, Conflito e Saturação do Papel	1,55	3,76	0,00	30,00
TOTAL	20,46	21,13	0,00	143,49

TABELA 11: Distribuição do tempo gasto por consulta pelas dimensões operativas do papel parental

3.6. Relação entre as características da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental

Analisando a relação entre as características da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental verificamos que existem algumas correlações estatisticamente significativas (Tabela 12).

	Conhecimento do Papel		Comportamentos de Adesão		Adaptação da Família à Escola		Consenso, Conflito e Saturação do Papel	
	Spearman	Sig.	Spearman	Sig.	Spearman	Sig.	Spearman	Sig.
Nº de Elementos do Agregado Familiar	0,103	0,182	0,061	0,433	0,041	0,597	-0,058	0,449
Nº de Filhos	0,107	0,164	0,180	0,019	0,091	0,240	0,027	0,722
Idade do Filho Mais Velho	0,025	0,744	0,285	0,000	0,147	0,055	0,080	0,297
Classe Social	0,241	0,002	0,259	0,001	0,166	0,030	0,233	0,002
Perceção da Funcionalidade Familiar	-0,219	0,004	-0,313	0,000	-0,127	0,099	-0,255	0,001

TABELA 12: Correlação entre as características da família e o tempo gasto no conjunto de intervenções de cada dimensão operativa do papel parental

De acordo com Vilelas (2020), uma correlação varia entre -1 e +1, sendo que quando se aproxima de -1 é considerada inversa ou negativa e significa que valores mais elevados de uma variável se associam à diminuição dos valores da outra variável, enquanto quando se aproxima de +1 é considerada direta ou positiva, significando que a elevação de valores de uma variável se associa ao mesmo efeito na outra variável.

No que se refere à relação entre a composição familiar (que integra o número de elementos do agregado familiar, o número de filhos e a idade do filho mais velho) e o tempo gasto no conjunto de intervenções referentes a cada dimensão operativa do papel parental, constatou-se que não existiu nenhuma correlação significativa com o número de elementos do agregado familiar. No entanto, existiu uma correlação positiva entre o número de filhos e a dimensão “comportamentos de adesão” ($r_s=0,19$; $p=0,02$), bem como, entre a idade do filho mais velho e essa mesma dimensão ($r_s=0,29$; $p=0,0001$), o que significa que nas famílias com mais filhos e em que o filho mais velho tem mais idade foi gasto mais tempo pelo enfermeiro de família no conjunto de intervenções relacionadas com a dimensão operativa “comportamentos de adesão” do papel parental.

A classe social foi a característica avaliada nas famílias que se destacou por apresentar correlação positiva com o tempo gasto no conjunto das intervenções de todas as dimensões operativas do papel parental: na dimensão “conhecimento do papel” ($r_s=0,24$; $p=0,002$), na dimensão “comportamentos de adesão” ($r_s=0,26$; $p=0,001$), na dimensão “adaptação da família à escola” ($r_s=0,17$; $p=0,03$) e na dimensão “consenso, conflito e saturação do papel” ($r_s=0,23$; $p=0,002$). Deste modo, as famílias com classe social superior requereram ao enfermeiro de família um maior gasto de tempo na realização das intervenções relacionadas com qualquer dimensão operativa do papel parental.

Por sua vez, a perceção da funcionalidade da família apresentou uma correlação negativa com o conjunto de intervenções que integram a dimensão operativa “conhecimento do papel” ($r_s=-0,22$; $p=0,004$), a dimensão “comportamentos de adesão” ($r_s=-0,31$; $p=0,0001$) e a dimensão “consenso, conflito e saturação do papel” ($r_s=-0,26$; $p=0,001$). Verificou-se assim que a perceção de disfuncionalidade da família implicou um maior gasto de tempo na realização do conjunto de intervenções que integram estas três dimensões operativas do papel parental.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo explanamos a análise e discussão dos resultados apresentados anteriormente.

Em relação à composição familiar, verificamos que as famílias apresentam, em média, 3,7 elementos por agregado familiar e 1,7 filhos, sendo estes resultados superiores à média de 2,5 pessoas por família em Portugal, verificada em 2021, através dos resultados preliminares do Censos 2021 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Também a média de filhos é superior à média nacional de 0,9 filhos, em 2019, apresentada no inquérito à fecundidade (INE, 2020). Esta diferença é compreensível, uma vez que, a amostra estudada é constituída exclusivamente por famílias com pelo menos um filho.

Predominam as famílias de tipo nuclear (89,4%), estando de acordo com os dados estatísticos da PORDATA Base de Dados de Portugal Contemporâneo (2021) que indicam que em Portugal, no ano de 2020, a tipologia de casais com filhos era a mais expressiva, com 35,2%. Compreende-se a diferença percentual pelo mesmo motivo apontado anteriormente, de exclusão deste estudo das famílias sem filhos, o que faz com que a distribuição da amostra não inclua todos os tipos de família possíveis de identificar na população portuguesa. Esta preponderância das famílias nucleares converge com os estudos de Ferreira (2017), Marques (2020) e Silva (2013).

Em termos de classe social, destacam-se a classe média alta (45,9%) e a classe média (30,0%). Embora em ordem inversa, estas duas classes também foram as mais frequentes no estudo de Marques (2020) encontrando-se também muitas semelhanças em relação à distribuição de frequências em cada item avaliado (profissão, instrução, rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência). Este resultado é importante do ponto de vista socioeconómico pois, segundo a OECD (2019), a classe média representa alguma segurança, conforto e estabilidade para as famílias mas, por outro lado, ao longo dos últimos anos tem sofrido múltiplas pressões relacionadas com os custos de vida e insegurança laboral. Esta situação adquire ainda maior relevância se levarmos em consideração que, de acordo com Figueiredo (2013, p.75), “a classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, sendo por isso também pertinente a sua avaliação”.

A maioria dos membros das famílias em estudo (84,7%) percecionam a sua família como altamente funcional. Estes resultados são semelhantes aos de um estudo exploratório descritivo de Marques et al. (2020), que também avaliou a perceção da funcionalidade

familiar dos membros de 25 famílias com portador de Esclerose Múltipla, com base na Escala de Apgar Familiar. Um outro estudo descritivo-correlacional de Millions et al. (2020), sobre sentimentos de tristeza e desesperança em jovens portugueses, que incluiu 1377 jovens e adolescentes, apresentou igualmente resultados semelhantes no que à percepção da funcionalidade familiar diz respeito. Também um estudo sobre a funcionalidade familiar durante o confinamento social devido ao COVID-19, com uma amostra composta por 376 pessoas, indicou uma maioria de famílias percecionadas como altamente funcionais (Fernandes, Magalhães, Silva & Edra, 2020). A utilização da Escala de Apgar Familiar fornece importantes contributos para o planeamento de cuidados do enfermeiro de família (Rosário et al., 2021), na medida em que, segundo Cuba e Espinoza (2014), a funcionalidade familiar reflete-se na saúde dos seus membros, referindo o exemplo de evidência que relaciona a obesidade em crianças com a disfunção familiar. Para além disso, a funcionalidade familiar é diferente em cada família porque cada uma representa um sistema único que recebe contributos de cada um dos seus membros (Usta, Özbay & Toker, 2020; Williamson, Skrypnek & Santos, 2011).

Foi possível determinar as intervenções realizadas pelo enfermeiro de família no âmbito do papel parental e em cada uma das suas dimensões operativas. As intervenções mais realizadas na dimensão “conhecimento do papel” prendem-se, principalmente, com a avaliação do conhecimento dos pais e ao seu ensino sobre o desenvolvimento infantil, o padrão alimentar e o padrão de sono/repouso. Estas intervenções revelam a preocupação do enfermeiro de família com aspetos essenciais para o bem-estar de todos os elementos da família e da capacitação da mesma (Fareleira, Xavier, Velte, Teixeira & Martins, 2021). O conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil ajuda-os a compreender melhor o comportamento da criança, promove uma melhor relação com os filhos, maior harmonia na família e favorece o sentimento de competência para enfrentar os desafios da parentalidade (Furlong et al., 2012; Barlow, Smailagic, Huband, Roloff & Bennett, 2014; Fareleira et al., 2021). Em relação ao padrão alimentar, numa revisão da literatura realizada por Scaglioni et al. (2018), é destacado que os comportamentos alimentares parentais e os exemplos que transmitem influenciam as preferências alimentares das crianças, sendo necessário promover a diversificação alimentar e, em algumas situações, repetir a exposição a alguns alimentos menos apreciados como forma de estimular o paladar e favorecer a sua integração no padrão alimentar da criança, no sentido de promover uma alimentação saudável, rica no consumo de frutas e vegetais (Scaglioni et al., 2018). Segundo Pérez-Escamilla, Segura-Pérez e Lott (2017), os primeiros 1000 dias de vida são essenciais para as crianças aceitarem e desfrutarem de uma variedade de alimentos saudáveis. O enfermeiro de família deve também informar os pais da importância de limitarem a oferta e disponibilidade de determinados alimentos menos saudáveis, evitando lojas e restaurantes com esse tipo de alimentação, e transmitir-lhes alguns conhecimentos nutricionais para assegurar um padrão alimentar saudável (Scaglioni et al., 2018). Também é relevante abordar os benefícios de realizarem refeições em

família, enquanto forma de aumentar a interação entre todos e transmissão de valores associados à alimentação (Scaglioni et al., 2018), pois este comportamento está associado a benefícios como redução de peso, de ingestão de alimentos não saudáveis e de distúrbios alimentares e ao aumento do consumo de alimentos saudáveis (Lindberg et al., 2016). De salguardar que o uso de televisão, *smartphone* ou outros aparelhos eletrônicos durante as refeições apresenta um efeito negativo na interação familiar e associa-se a um tipo de alimentação menos saudável (Fulkerson et al., 2014).

Na dimensão “comportamento de adesão” evidencia-se a realização de intervenções relacionadas com a avaliação do cumprimento e motivação para as consultas de vigilância e a ingestão nutricional adequada, em concordância com uma das intervenções mais realizadas no âmbito do conhecimento do papel, designadamente, a avaliação do padrão alimentar. O destaque para a consulta de enfermagem de vigilância está em concordância com os estudos de Crivelaro, Posso, Gomes e Papini (2020), Gaíva, Monteschio, Moreira e Salge (2018) e Maranhã, Silva e Brito (2017) que a consideram um momento importante que permite ao enfermeiro fortalecer o vínculo com os clientes enquanto realiza atividades preventivas e educativas alicerçadas na metodologia do processo de enfermagem.

Relativamente à dimensão “adaptação da família à escola”, a intervenção mais realizada é “motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança”. Contudo, as restantes intervenções que integram esta dimensão também foram realizadas em pelo menos uma consulta, nomeadamente, “motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares”, “promover/advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários” e “advogar criação de espaço para a criança estudar”. Importa referir que esta dimensão teve pouca expressão nos resultados porque só foram realizadas intervenções do seu domínio a oito famílias. Esta situação deve-se a que, segundo o MDAIF (Figueiredo, 2013), esta dimensão é dedicada apenas a famílias que se encontrem na etapa com filhos na escola, decorrendo da necessidade de reajustamento do sistema familiar à entrada da criança no 1º ciclo e das novas situações que daí advêm. Segundo Oliveira, Braga e Prado (2017), a participação da família na vida escolar da criança pode contribuir para o seu desenvolvimento, sobretudo nos anos escolares iniciais em que o apoio e motivação dos pais é determinante para a criança adquirir competências que irá aplicar ao longo da sua vida.

Quanto à dimensão “consenso, conflito e saturação do papel”, apresenta maior realização de intervenções ao nível da promoção da comunicação expressiva das emoções e do envolvimento da família alargada. A construção da parentalidade é acompanhada de crises, aprendizagens, descobertas e pela necessidade de adaptações e estabelecimento de novas formas relacionais na família (Koprowski, Galindo & Gomes, 2020). Para Koprowski et al. (2020), no contexto da parentalidade é comum existirem “. . . noites sem dormir, a falta de tempo para intimidade, o cansaço físico, dificuldades na conciliação da

vida pessoal e profissional e gastos inesperados. . . ” (p.16). Desta forma, existem influências bidirecionais entre os papéis parental e conjugal, sendo que uma relação conturbada entre o casal pode trazer consequências negativas para os filhos (Koprowski et al., 2020).

Em termos gerais, no que se reporta às intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental, verificamos um predomínio na realização de intervenções dirigidas ao conhecimento do papel, com oito das 10 intervenções mais frequentemente realizadas a pertencerem a esta dimensão operativa. Este resultado vai ao encontro da maior quantidade de intervenções sugeridas no âmbito da dimensão “conhecimento do papel” em relação às restantes, justificável pelo facto de esta dimensão operativa englobar vários aspetos informativos e de aquisição de habilidades que o sistema familiar necessita integrar, segundo as diferentes etapas do ciclo vital, para ter um funcionamento efetivo no desempenho do papel parental (Figueiredo, 2013), integrando intervenções com diferentes tipos de ação, nomeadamente, avaliar, ensinar, instruir e treinar. Por outro lado, reflete a importância do “avaliar” como ação da primeira etapa do processo de enfermagem que, neste caso permite identificar as necessidades, formular os diagnósticos e desenvolver intervenções nos casos em que a situação o requer. De acordo com Fontana e Pissaiá (2018), o processo de enfermagem é fundamental para o enfermeiro assegurar cuidados de qualidade, constituindo a avaliação da situação, do contexto e do conhecimento do cliente um pilar essencial para o sucesso da prática de enfermagem. Consequentemente, o instrumento de colheita de dados utilizado também refletia esta diferença, contendo 42 intervenções relacionadas com a dimensão “conhecimento de papel”, 18 com a dimensão “comportamento de adesão”, 4 com a dimensão “adaptação da família à escola” e 10 com a dimensão “consenso, conflito e saturação do papel”.

O tempo gasto pelos enfermeiros de família na realização das intervenções reflete, de igual modo, uma superioridade nas relacionadas com o conhecimento do papel. Verificamos que à semelhança das intervenções mais realizadas, oito das 10 intervenções com maior média de tempo de execução pertencem à dimensão “conhecimento do papel” e que esta foi a dimensão que exigiu mais tempo de cuidados ao enfermeiro de família. Também neste caso, as intervenções que se destacam como as que o enfermeiro de família gasta mais tempo foram as relacionadas com a avaliação do conhecimento dos pais e do seu ensino sobre o desenvolvimento infantil e o padrão alimentar. Esta evidência está em consonância com um estudo exploratório descritivo de Dantas et al. (2020), sobre a carga de trabalho de enfermagem na consulta à pessoa com diabetes mellitus, que apesar de se reportar a outra área de atenção dos cuidados de enfermagem prestados nas USF, em Portugal, também aponta as intervenções do tipo ensinar e avaliar como as mais frequentes e das que necessitam de mais tempo para serem executadas.

A preponderância da vertente do conhecimento, demonstra que os enfermeiros investem uma grande parte do seu tempo na área de atenção papel parental, no âmbito da consulta de enfermagem, no sentido de dotar o subsistema parental de informação e capacidade em termos de aprendizagem de habilidades que permitam ao sistema familiar responder às suas novas funções (Figueiredo, 2013). Noutra perspetiva, estas intervenções justificam-se, cada vez mais, como forma de melhorar a literacia em saúde, uma vez que, Pedro, Amaral e Escoval (2016), num estudo transversal analítico de tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey*, concluíram que, “. . . em Portugal, 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado” (p.259). Também Paiva et al. (2017), ao aplicarem o instrumento de medida *Newest Vital Sign*, após a sua validação e adaptação cultural, estimaram que a prevalência de literacia em saúde inadequada, na população portuguesa, se situava nos 72,9%. Estes factos entroncam nas orientações preconizadas pelo Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), quanto ao desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no sentido de desenvolver ações que promovam a capacitação dos cidadãos, aumentando a sua autonomia, responsabilização e intervenção em relação à sua saúde e da sua família. Aliás, neste enquadramento, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018), indicam que este “estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas” (p.19357), e “capacita a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde” (p.19357).

Este estudo revelou que os enfermeiros de família necessitam, em média, de 20,46 minutos, por consulta, para realizar o conjunto de intervenções no âmbito do papel parental. Desse tempo, 13,53 minutos dizem respeito a intervenções sobre o conhecimento do papel, 5,28 minutos sobre comportamentos de adesão, 1,55 minutos sobre consenso, conflito e saturação do papel e apenas 0,10 minutos sobre a adaptação da família à escola. Importa realçar que na investigação de Dantas et al. (2020) foi identificado um tempo médio de 24 minutos para a consulta de enfermagem dirigida à pessoa com diabetes mellitus e num estudo observacional, realizado no Brasil, por Bonfim et al. (2016), calculou-se uma média de 25,3 minutos como tempo médio da consulta de enfermagem, embora sem especificar o seu âmbito. Estes resultados são interessantes porque aproximam-se do tempo médio obtido neste estudo, ressalvando-se que este não avaliou a média do tempo gasto numa consulta de enfermagem mas apenas dos cuidados prestados no âmbito do papel parental integrados na consulta de enfermagem relacionada com o programa de saúde infantil e juvenil, que abrange mais áreas de atuação do enfermeiro de família e, consequentemente, um tempo gasto no total da consulta superior ao achado. Uma vez que nas USF e UCSP as consultas de enfermagem são orientadas segundo os programas nacionais de saúde (Guedes et al., 2019), e não existe um programa específico dirigido à família, a colheita de dados sobre as intervenções do enfermeiro de família no

âmbito do papel parental integradas na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil demonstra ser pertinente. Analisando por outro prisma, atendendo a que aos resultados obtidos acresce o tempo gasto nas outras áreas da consulta, como a avaliação do desenvolvimento infantil ou da adesão à vacinação, que não foi contabilizado neste estudo por extrapolar os objetivos do mesmo, percebemos que em muitas consultas se ultrapassa largamente o tempo preconizado na atual norma de cálculo de dotações seguras, que indica 30 minutos por consulta (Regulamento n.º 743/2019, 2019), demonstrando a necessidade de monitorização, avaliação contínua e evidência que suportem o planeamento das dotações de enfermeiros (Bonfim et al., 2016).

No conjunto das 74 intervenções abordadas, existe sempre alguma que não foi realizada em pelo menos uma das 170 consultas efetuadas. O mesmo sucede na análise por dimensão operativa, isto é, existiram consultas em que nenhuma das intervenções da mesma dimensão foi realizada. Em parte, a não realização de algumas intervenções explica-se por não serem aplicáveis a todas as famílias estudadas, pois a especificidade das mesmas relativamente ao ciclo vital, à idade da criança e outras características do sistema familiar, assim como necessidades já identificadas previamente e no decorrer da consulta, determinam a tomada de decisão clínica do enfermeiro relativamente às intervenções a realizar. Por outro lado, como não existem consultas destinadas exclusivamente aos cuidados no âmbito do papel parental, a amostra foi selecionada entre as famílias que recorreram à consulta relacionada com o programa de saúde infantil e juvenil, por considerarmos que seria a consulta com maior probabilidade de integrar os cuidados relacionados com o papel parental, direcionados à família enquanto cliente. Não obstante, tratando-se de uma consulta que tem, simultaneamente, a criança como alvo dos cuidados, é natural que o enfermeiro de família distribua o tempo da consulta por estes dois alvos distintos. Nesse sentido, também o facto de algumas consultas ultrapassarem o tempo padronizado por consulta, pode condicionar o enfermeiro de família e levá-lo a priorizar a realização de algumas intervenções e deixar outras por fazer naquela consulta, tal como indicam Braga et al. (2018) quanto à possibilidade de alguns enfermeiros não realizarem ou adiarem algumas intervenções devido à sobrecarga de trabalho.

Em contrapartida, o tempo máximo gasto numa só intervenção no âmbito do papel parental, corresponde a 25 minutos, tendo coincidido nas intervenções: “avaliar o conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene”, “orientar para serviços sociais / comunitários” e “treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno”. Este tempo encontra-se muito distante da média gasta em cada intervenção e destaca-se por ser superior à média do conjunto total de intervenções realizadas no âmbito do papel parental. Também se verifica que o tempo máximo por consulta dedicado a cada uma das dimensões operativas varia entre os 7 minutos na “adaptação da família à escola” e os 137,66 minutos no “conhecimento do papel”. Neste último caso trata-se de um tempo

significativamente influenciado por duas consultas que apresentaram um total de tempo gasto muito superior às restantes. Tal acontecimento pode dever-se a situações mais complexas e imprevisíveis que tenham exigido um dispêndio maior de tempo do enfermeiro de família na consulta, pois, como refere Campos et al. (2018), a qualquer momento o enfermeiro tem que enfrentar situações imprevisíveis. Por outro lado, de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018) este “intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas” (p. 19357). Por vezes, essas situações podem relacionar-se com adversidades como violência doméstica, abuso de álcool ou drogas, ou problemas mentais, que afetam a criança e a família e requerem uma avaliação aprofundada e especializada ou referência, de forma a evitar a sua escalada para um ponto crítico (Margolis et al., 2020), exigindo, naturalmente, mais tempo ao enfermeiro de família. De referir que sem estas duas consultas, o tempo máximo gasto na dimensão “conhecimento do papel” baixaria para 50,50 minutos, assim como a média de tempo na mesma dimensão baixaria para 12,37 minutos.

Da análise da relação entre as características da família e o tempo gasto pelo enfermeiro de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental verificamos que todas as características em estudo apresentam relação estatisticamente significativa com alguma das dimensões operativas, ou seja, influenciam o tempo gasto pelo enfermeiro de família na prestação de cuidados no âmbito do papel parental.

Relativamente à composição familiar, as famílias com mais filhos e com filho mais velho com mais idade implicam maior gasto de tempo do enfermeiro de família no conjunto das suas intervenções relacionadas com a dimensão operativa “comportamentos de adesão” do papel parental.

No que concerne à classe social, destaca-se por ser a característica com influência no tempo gasto no conjunto de intervenções de todas as dimensões operativas do papel parental, sendo gasto mais tempo nas famílias com maior nível socioeconómico. Segundo Roubinov e Boyce (2017), existe diversa literatura que documenta a associação entre a parentalidade e o contexto socioeconómico. Para estes autores, o nível socioeconómico pode influenciar o acesso a recursos de saúde, o conhecimento sobre os cuidados aos filhos e valores culturais que se podem repercutir no desempenho do papel parental (Roubinov & Boyce, 2017). Uma vez que este estudo não se debruçou sobre a representatividade da amostra, a influência das classes sociais superiores nos resultados observados pode dever-se ao facto de a maioria das famílias estudadas pertencer à classe média (30,0%), média-alta (45,9%) ou alta (8,8%). Por outro lado, de acordo com Hoff, Laursen e Tardif (2019), os pais de famílias com nível socioeconómico superior tendem a ter expectativas mais elevadas quanto ao desenvolvimento de capacidades dos seus filhos e a envolverem-se

mais e procurarem maior controlo em relação a esse aspeto, apresentando também maior propensão para relações mais igualitárias com os filhos, enquanto as famílias de nível socioeconómico inferior tendem a ser mais diretivas e autoritárias. Assim, é possível que nas famílias de classes sociais superiores exista maior curiosidade, procura de informação, abertura para o diálogo e negociação com os filhos e que, por estes motivos, os membros dessas famílias requeiram mais tempo do enfermeiro de família quando este intervém sobre os vários aspetos no âmbito do papel parental, para se sentirem capazes de desempenhar este papel de forma eficaz e conseguirem responder às exigências do mesmo.

Em termos de perceção da funcionalidade da família, constitui a única característica estudada que apresenta correlação negativa, isto é, nas famílias cujos membros têm a perceção de serem disfuncionais, o enfermeiro de família gasta mais tempo na realização do conjunto de intervenções relacionadas com as dimensões operativas “conhecimento do papel”, “comportamentos de adesão” e “consenso, conflito e saturação do papel”. Destacamos que apesar de 3,5% (n=6) das famílias ser considerada com disfunção acentuada e 11,8% (n=20) com moderada disfunção, estas necessitam de mais tempo do enfermeiro de família na prestação de cuidados no âmbito do papel parental, em relação às 84,7% (n=144) das famílias altamente funcionais. A perceção da disfuncionalidade familiar pode estar associada a algum problema de saúde que afete um dos membros da família. A título de exemplo, um estudo realizado na Polónia, por Pisula e Porebowicz-Dorsmann (2017), revelou que pais de crianças com perturbação do espectro do autismo reportaram uma funcionalidade familiar inferior, níveis superiores de stress parental e baixo nível de qualidade de vida quando comparados com pais de crianças sem essa perturbação. Noutro exemplo, Cerniglia et al. (2017), realizaram um estudo, em Itália, que demonstrou uma associação entre a funcionalidade familiar e riscos psicopatológicos em filhas adolescentes com transtornos alimentares. Também a falta de apoio familiar pode resultar numa perceção negativa da funcionalidade familiar. Segundo Scremin, Campeol, Freitas, Teixeira e Pereira (2019), muitas famílias enfrentam novas configurações familiares e um grande envolvimento da mulher na vertente profissional, surgindo a necessidade de recorrer ao apoio das avós para partilhar algumas tarefas parentais relacionadas com as crianças. Situações como estas podem suscitar um gasto de tempo superior nas intervenções de enfermagem no âmbito do papel parental para adequar as mesmas às necessidades específicas de cada família.

Em nosso entender, as reflexões discutidas neste capítulo constituem importantes contributos sobre a importância dos cuidados prestados à família enquanto unidade de cuidados, no âmbito do papel parental, e da carga de trabalho que representam para os enfermeiros de família.

CONCLUSÃO

A família tem vindo a afirmar-se enquanto unidade de cuidados do enfermeiro de família, que cuida da família como um todo e dos seus membros individualmente, procurando promover a sua capacitação para enfrentar os desafios decorrentes da evolução ao longo do ciclo de vida. Nesse processo, os cuidados no âmbito do papel parental revelam-se como um dos desafios mais importantes para que o mesmo seja assumido e desempenhado adequadamente.

Concomitantemente, na prestação dos cuidados de enfermagem, a qualidade e a segurança afiguram-se como características fundamentais, tanto para os profissionais que os prestam como para os clientes que deles beneficiam. A literatura é consensual na importância das dotações seguras para garantir essas características, bem como, na influência que a carga de trabalho exerce nas mesmas.

Afigurando-se escassa a evidência sobre a carga de trabalho no contexto dos CSP, o presente estudo integrado no subdomínio C.7-Dotação dos Enfermeiros de Família, do projeto MDAIF_CSP, permitiu explorar a carga de trabalho dos enfermeiros de família relacionada com os cuidados à família no âmbito do papel parental, norteado pelos seguintes objetivos: (1) identificar as intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental; (2) determinar o tempo gasto pelos enfermeiros de família em cada uma das intervenções que realizam no âmbito do papel parental; (3) determinar o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que realizam no âmbito do papel parental; (4) analisar a relação entre a composição familiar e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental; (5) analisar a relação entre a classe social da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental; (6) analisar a relação entre a perceção da funcionalidade da família e o tempo gasto pelos enfermeiros de família no conjunto das intervenções que integram cada uma das quatro dimensões operativas do papel parental.

Relativamente às intervenções que os enfermeiros de família realizam no âmbito do papel parental em todas as dimensões operativas do mesmo, destaca-se uma maior prevalência de intervenções na vertente do conhecimento do papel, sobretudo em relação à avaliação do conhecimento dos pais e do seu ensino sobre o desenvolvimento infantil e o padrão alimentar.

No que diz respeito à determinação do tempo gasto pelos enfermeiros de família em cada uma das intervenções realizadas no âmbito do papel parental, evidenciam-se também as relacionadas com a avaliação do conhecimento dos pais e do seu ensino sobre o desenvolvimento infantil e o padrão alimentar. Em média, foram necessários 20,46 minutos por consulta, para o enfermeiro de família realizar o conjunto de intervenções no âmbito do papel parental. Em relação a esse tempo médio, 13,53 minutos foram dedicados a intervenções sobre o conhecimento do papel, 5,28 minutos sobre comportamentos de adesão, 1,55 minutos sobre consenso, conflito e saturação do papel e 0,10 minutos sobre a adaptação da família à escola.

Identificou-se também que as características da família influenciam o tempo gasto pelo enfermeiro de família na prestação de cuidados no âmbito do papel parental. As famílias com mais filhos e com filho mais velho com mais idade implicam maior gasto de tempo do enfermeiro de família na realização das intervenções associadas à dimensão operativa do papel parental “comportamentos de adesão”. No caso de famílias com nível socioeconómico superior, o tempo gasto pelo enfermeiro de família é superior em todas as dimensões operativas que integram o papel parental. Por sua vez, as famílias que apresentam uma perceção da funcionalidade familiar negativa também gastam mais tempo ao enfermeiro de família para intervir ao nível das dimensões operativas “conhecimento do papel”, “comportamentos de adesão” e “consenso, conflito e saturação do papel”.

No decorrer do estudo foram identificadas algumas limitações. As medidas de contingência pela pandemia COVID-19, em vigor durante o período de colheita de dados, provocou o adiamento de muitas consultas e impossibilitou, em alguns casos, que a consulta fosse realizada com a presença de ambos os pais para garantir maior distanciamento entre pessoas no mesmo espaço. Deste modo, poderão ter sido perdidas algumas oportunidades para a família ser atendida como um todo, além de que, sendo a consulta no âmbito da saúde infantil e juvenil, já pressupõe que uma parte da mesma seja dedicada à individualidade da criança ou jovem.

Para além dessa situação, não foi possível aferir se existiram diferentes metodologias de consulta entre os enfermeiros de família ou entre as várias unidades de saúde, por exemplo, fazendo a consulta de enfermagem antes da consulta médica ou com ambos os profissionais em simultâneo, e se de alguma forma essa diferença poderá traduzir algum constrangimento no tempo gasto pelo enfermeiro de família na prestação de cuidados à família no âmbito do papel parental.

Alguns enfermeiros que colaboraram na colheita de dados referiram dificuldade na mesma devido à extensão do instrumento de colheita de dados no que concerne às intervenções de enfermagem identificadas. Embora reconheçamos que esta situação não é recomendável, face à ausência de estudos anteriores neste âmbito, configurou-se importante uma colheita de dados mais exaustiva sobre este aspeto.

Contudo, os resultados alcançados demonstram a pertinência do estudo e suscitam a necessidade de dar continuidade à investigação nesta temática, podendo vir a contribuir para futura reformulação na organização das consultas de enfermagem no contexto das USF e UCSP e para o desenvolvimento de métodos de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem no contexto dos CSP, mais eficientes e ajustados às reais necessidades das famílias.

Os resultados deste estudo são inovadores na construção de evidência sobre a carga de trabalho dos enfermeiros de família, em Portugal, e podem contribuir para a construção de uma matriz orientadora de dotação segura para os enfermeiros de família baseadas nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que garantam a qualidade e segurança dos cuidados que as famílias necessitam.

Acreditando que possa ser uma base aliciante, sugerimos que futuros estudos definam nos critérios de inclusão a etapa do ciclo vital para que todas as intervenções tenham a mesma probabilidade de serem realizadas, garantindo na seleção da amostra a sua representatividade, o que não constituiu objetivo deste estudo. Consideramos que tem potencial para ser realizado também noutras regiões do país permitindo a comparação de resultados. Entendemos ainda que pode abordar outras variáveis que possam ser relacionadas com a dotação segura, tais como, a metodologia de realização da consulta de enfermagem ou a formação e experiência do enfermeiro de família. Da mesma forma, pode incluir as áreas de atenção familiares da dimensão estrutural, funcional e de desenvolvimento, para além do papel parental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383 (9931), 1824-1830. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, ... RN4CAST consortium (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26 (7), 559-568. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>.

Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24 (4), 449-457. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12354>.

All European Academies. (2018). *Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação*. Recuperado de: https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf.

Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a escala de graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Amiri, A., & Solankallio-Vahteri, T. (2019). Nurse-staffing level and quality of acute care services: Evidence from cross-national panel data analysis in OECD countries. *International Journal of Nursing Sciences*, 6 (1), 6-16. doi:10.1016/j.ijnss.2018.11.010.

Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5 (CD002020). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub4>.

Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317-346). Lisboa: Fim de Século.

Biff, D., Pires, D., Forte, E. C., Trindade, L. L., Machado, R. R., Amadigi, F. R., Scherer, M. D., & Soratto, J. (2020). Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1), 147-158. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>.

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-711. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.

Bonfim, D., Fugulin, F. M. T., Laus, A. M., Peduzzi, M., & Gaidzinski, R. R. (2016). Time standards of nursing in the family health strategy: an observational study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (1), 118-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100016>.

Bonfim, D., Gaidzinski, R. R., Santos, F. M., Gonçalves, C. S., & Fugulin, F. M. T. (2012). Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetros para o dimensionamento de trabalhadores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (6), 1462-70. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>.

Bonfim, D., Pereira, M. J. B., Pierantoni, C. R., Haddad, A. E., & Gaidzinski, R. R. (2015). Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (2). doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800004>.

Braga, C., Jesus, E., & Araújo, B. (2018). RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7 (2), 58-66. doi: [10.5430/jha.v7n2p58](https://doi.org/10.5430/jha.v7n2p58).

Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/15293>.

Campos, M. S., Oliveira, B. A., & Perroca, M. G. (2018). Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (2), 297-305. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0561>.

Canadian Nurses Association. (2003). Measuring nurses' workload. *Nursing Now*. Recuperado de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf%20fr/nursesworkloadmarch2003_e.pdf.

Cardoso, A. P. (2020). A investigação quantitativa: da clássica dicotomia quantitativo-qualitativo à complementaridade metodológica. *Millenium*, 2 (5), 19-21. doi: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.c.00338>.

Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 11-20. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>.

Carlesi, K. C., Padilha, K. G., Toffoletto, M. C., Henriquez-Roldán, C., & Juan, M. A. C. (2017). Patient Safety Incidents and Nursing Workload. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>.

Carmona-Monge, F. J., Rodríguez, G. M., Herranz, C., Gómez, S., & Marín-Morales, D. (2013). Evaluation of the nursing workload through the nine equivalents for nursing manpower use scale and the nursing activities score: a prospective correlation study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29 (4), 228-233. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.03.003>.

Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 305-312. doi: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>.

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/102790>.

Crivelaro, P. M. S., Posso, M. B. S., Gomes, P. C., & Papini, S. J. (2020). Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Development*, 6 (7), 49310-49321. Recuperado de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13629>.

Cuba, M. A. S., & Espinoza, M. A. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20 (1), 53-57. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es.

Dantas, M. J., Figueiredo, M., Cruz, M., Barbosa, M., & Lebreiro, M. (2020). Carga de trabalho de enfermagem na consulta à pessoa com diabetes mellitus: estudo preliminar. *Suplemento Digital da Revista ROL de Enfermería*, 43 (1), 212-217. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31431/1/212-217.pdf>.

Dantas, M. J., Figueiredo, M., Ferreira, A. P., Ferreira, M., Lebreiro, M., & Guedes, V. (2019a). Nursing workload: Context and measurement instruments - an integrative review. *Suplemento Digital da Revista ROL de Enfermería*, 42, 11-12. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35478/1/resumo_p.43.pdf.

Dantas, M. J., Figueiredo, M., Ferreira, M., Lebreiro, M., & Guedes, V. (2019b). Construction and validation of an instrument to measure nursing workload. *Suplemento Digital da Revista ROL de Enfermería*, 42, 11-12. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35477/1/resumo_p.42.pdf.

Decreto-Lei n.º 104/98. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo 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/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>.

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 157/99. (1999). Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. *Diário da República: I série A* (n.º 108/1999 de 1999-05-10). 2424-2435. Ministério da Saúde. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/157/1999/05/10/p/dre/pt/html>.

Decreto-lei n.º 161/96. (1996). Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Diário da República: I série A* (n.º 205/1996 de 1996-09-04). 2959-2962. Ministério da Saúde. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.

Decreto-lei n.º 28/2008. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República: I série* (n.º 38/2008 de 2008-02-22). 1182-1189. Ministério da Saúde. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.

Decreto-lei n.º 298/2007. (2007). Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). *Diário da República: I série* (n.º 161/2007 de 2007-08-22). 5587-5596. Ministério da Saúde. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>.

Decreto-lei n° 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>.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Recuperado de <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021a). *Mestrado em Enfermagem Comunitária*. Recuperado de <https://estudar.esenf.pt/ms-enfermagem-comunitaria/>.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021b). *MDAIF_CSP - Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma ação transformativa em cuidados de saúde primários*. Recuperado de <http://i-d.esenf.pt/mdaif/>.

Fagerström, L., Kinnunen, M., & Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*, 8. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016367.

Fareleira, F, Xavier, M. R., Velte, J., Teixeira, A., & Martins, C. (2021). Parenting, child development and primary care - ‘Crescer em Grande!’ intervention (CeG!) based on the Touchpoints approach: a cluster-randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*, 11 (e042043). doi: 10.1136/bmjopen-2020-042043.

Fernandes, C. S., Magalhães, B., Silva, S, & Edra, B. (2020). Perception of family functionality during social confinement by Coronavirus Disease 2019. *Journal of Nursing Health*, 10 (e20104034). doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.19773>.

Ferreira, L. M. C. (2017). *Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região Norte*. (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. URI <http://hdl.handle.net/10400.26/20905>.

Figueiredo, M. H. (2013) *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Fontana, M., & Pissaia, L. F. (2018). O uso do processo de enfermagem como ferramenta de apoio para o cuidado da criança na atenção domiciliar *Research, Society and Development*, 7 (11). doi: <https://doi.org/10.33448/rsdv7i11.576>.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, M. F., & Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 10 (3), 171-178. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12125>.

Freitas, M. F., Parreira, P. M., & Marôco, J. P. (2014). Dotação segura em enfermagem: características e variáveis do conceito. *Revista Investigação em Enfermagem*, 9 (2), 26-34. Recuperado de <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/703-rie-9-novembro-2014>.

Freitas, M. J. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. URI <http://hdl.handle.net/10400.14/20702>.

Fulkerson, J. A., Loth, K., Bruening, M., Berge, J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Time 2 tlk 2nite: use of electronic media by adolescents during family meals and associations with demographic characteristics, family characteristics, and foods served. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114 (7), 1053–1058. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.10.015>.

Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD008225. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2>.

Gaíva, M. A. M., Monteschio, C. A. C., Moreira, M. D. S., & Salge, A. K. M. (2018). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances en Enfermería*, 36 (1), 9-21. doi: [10.15446/av.enferm.v36n1.62150](https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150).

Gava, G., & Dias, H. (2018). A reforma dos cuidados de saúde primários: êxitos e desafios da experiência portuguesa. *Revista NAU Social*, 9 (16), 19-39. doi: [10.9771/ns.v9i16.31411](https://doi.org/10.9771/ns.v9i16.31411).

Gil, M. F., Montesinos, M. J., Llor, A. M., Bas, M. P., & Soler, M. L. (2017). Assessing the adequacy of workload measurement tools using a quality-based methodology. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (1), 34-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0246>.

Gonçalves, T. S. M. (2015). *Dotações de enfermagem: impacte nos resultados em saúde*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Algarve. Faro. URI <http://hdl.handle.net/10400.1/7869>.

Guedes, V. M. S., Figueiredo, M. H. J. S., Apóstolo, J. L. A., Silva, M. L., Oliveira, P. C. M., & Ferreira, M. M. H. P. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Recien*, 9 (27), 23-32. doi: <https://doi.org/10.24276/rerecien2358-3088.2019.9.27.23-32>.

Guerra, N. E. H. (2018). *Dotações de enfermagem: impacto na segurança dos cuidados de saúde*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. URI <http://hdl.handle.net/10400.14/28053>.

Hoff, E., Laursen, B. & Tardif, T. (2019). Socioeconomic status and parenting. In Bornstein, M. H. (Ed.), *Handbook of parenting: biology and ecology of parenting* (pp. 421–447). London: Routledge - Taylor & Francis Group. doi: <https://doi.org/10.4324/9780429401459-13>.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito à Fecundidade 2019*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=415655178&DESTAQUESmodo=2.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021 – Divulgação dos resultados preliminares*. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=473161655&DESTAQUESmodo=2.

International Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas – instrumentos de informação e ação*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2006.pdf.

International Council of Nurses. (2018). *Evidence-based safe nurse staffing*. Recuperado de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_1.pdf.

International Council of Nurses. (2021). *Browser CIPE 2019*. Recuperado de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.

Katz-Wise, S., Priess, H., & Hyde, J. (2010). Gender-role attitudes and behaviour across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 46 (1), 18-28. doi: 10.1037/a0017820.

Koprowski, A. H., Galindo, G. S. P., & Gomes, L. B. (2020). Conflito conjugal e sistema parental: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Pensando famílias*, 24 (2), 15-31. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000200003&lng=pt&tlng=.

Lapão, L. V. & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (2). doi: 10.1590/0102-311X00042418.

Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Cimiotti, J. P., Riman, K. A., Martin, B., ... Aiken, L. H. (2020). Evaluation of hospital nurse-to-patient staffing ratios and sepsis bundles on patient outcomes. *American Journal of Infection Control* 000, 1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.002>.

Lei n.º 156/2015. (2015). Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República: I série* (n.º 181/2015 de 2015-09-16). 8059-8105. Assembleia da República. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.

Lei n.º 56/79. (1979). Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República: I série* (n.º 214/1979 de 1979-09-15). 2357-2363. Assembleia da República. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/56/1979/09/15/p/dre/pt/html>.

Lei n.º 58/2019. (2019). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Assembleia da República. *Diário da República: I série* (n.º 151/2019 de 2019-08-08). 3-40. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/58/2019/08/08/p/dre>.

Lei nº95/2019. (2019). Aprova a lei de bases da saúde e revoga a lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o decreto-lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. Assembleia da República. *Diário da República: I série* (n.º 169/2019 de 2019-09-04). 55-66. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>.

Lindberg, L., Ek, A., Nyman, J., Marcus, C., Ulijaszek, S., & Nowicka, P. (2016). Low grandparental social support combined with low parental socioeconomic status is closely associated with obesity in preschool-aged children: a pilot study. *Pediatric obesity*, 11 (4), 313-316. doi: <https://doi.org/10.1111/ijpo.12049>.

Magalhães, A., Costa, D., Riboldi, C., Mergen, T., Barbosa, A., & Moura, G. (2017). Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51 (e03255). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016021203255>.

Magalhães, A. M. M., Kreling, A., Chaves, E. H. B., Pasin, S. S., & Castilho, B. M. (2019). Medication administration – nursing workload and patient safety in clinical wards. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (1), 183–189. doi:10.1590/0034-7167-2018-0618.

Maranha, N. B., Silva, M. C. A., & Brito, I. C. (2017). A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. *Academus Revista Científica da Saúde*, 2 (1).

Margolis, R., Hollis, V., Hyde-Dryden, G., Robson-Brown, E., Smith, E., & McConnell, N. (2020). Families facing multiple adversities: impact and interventions. *Paediatrics and Child Health*, 30 (11), 390-394. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.08.005>.

Marques, E., Gonçalves, E., Murteiro, A., Vitor, C., Figueiredo, M.H., Lebreiro, M., & Rego, R. (2020). A pessoa portadora de esclerose múltipla, o familiar cuidador e processo familiar. *Suplemento Digital da Revista ROL de Enfermería*, 43 (1), 118-123. Recuperado de <https://e-rol.es/producto/suplemento-enero-2020/>.

Marques, T. M. G. (2020). *Avaliação das necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular*. (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. URI <http://hdl.handle.net/10400.26/34069>.

Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. C. (2017). Transição para a parentalidade: a grounded theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem. *Investigación Cualitativa en Salud*, 2, 40-42. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/46966>.

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397 (10288), 1905–1913. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6).

Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.

Millions, R., Fernandes, I., Andrade, L., Graça, L., Martins, M., & Rolim, K. M. C. (2020). Sentimentos de tristeza e desesperança em jovens portugueses. *Suplemento Digital da Revista ROL de Enfermería*, 43 (1), 164-170. Recuperado de <https://e-rol.es/producto/suplemento-enero-2020/>.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008). *Proposta Nº 1 – MCSP / 2008: Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das usf - mod.b*. Recuperado de https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/MCSP_Remuneracoes_ModB.pdf.

Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Cadoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na região de Lisboa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 725-736. doi: 10.1590/1413-81232017223.33462016.

Mussi, R. F., Mussi, L. M., Assunção, E., & Nunes, C. P. (2019). Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. *Revista Sustinere*, 7, 414-430. doi: 10.12957/sustinere.2019.41193.

Ngai, F.-W., & Ngu, S.-F. (2013). Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34 (4), 157-162. doi: 10.3109/0167482x.2013.852534.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.

Oliveira, I. L. S., Braga, A. P., & Prado, C. M. N. (2017). Participação da família no desenvolvimento da aprendizagem da criança. *Estação Científica UNIFAP*, 7 (2), 33-44. doi: <http://dx.doi.org/10.18468/estcien.2017v7n2.p33-44>.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 06, 39-42. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/roel/>.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar como referencial em enfermagem de saúde familiar*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf.

Organização das Nações Unidas. (1993). *Resolução A/RES/47/237 international year of the family*, 7-9. Recuperado de <https://undocs.org/A/RES/47/237>.

Organization of Economic Cooperation and Development. (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. Paris: OECD Publishing.

Organization of Economic Cooperation and Development. (2019). *Under pressure: the squeezed middle class*. Paris: OECD Publishing.

Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). Limited health literacy in Portugal assessed with the newest vital sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30 (12), 861–869. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.9135>.

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do european health literacy survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 259–275. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.

Pedro, D. R. C., Oliveira, J. L. C., Tonini, N., Matos, F. G. d. O. A., & Nicola, A. L. (2018). Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Journal of Nursing and Health*, 8 (1). doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.13160>.

Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S., & Lott, M. (2017). Feeding guidelines for infants and young toddlers. *Nutrition Today*, 52 (5), 223-231. doi: 10.1097/NT.000000000000234.

Pérez-Francisco, D. H., Duarte-Clíments, G., Del Rosario-Melián, J. M., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., & Sánchez-Gómez, M. B. (2020). Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8 (12). doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare8010012>.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (4), 1197-1204. doi: 10.1590/1413-81232020254.31222019.

Pisula, E., & Porebowicz-Dorsmann, A. (2017). Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLoS ONE*, 12 (10). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186536>.

Poeira, A. F., Nunes, L., Cerqueira, A. F., Silva, A., & Lopes, N. (2018). Dotações seguras na qualidade dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4 (3), 1604-1617. doi: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(3\)](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(3)).

PORDATA Base de Dados de Portugal Contemporâneo. (2021). *Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Regulamento n.º 126/2011. (2011). Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República: II série* (n.º 35/2011 de 2011-02-18). 8660-8661. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 367/2015. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República: II série* (n.º 124/2015 de 2015-06-29). 17384-17391. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 428/2018. (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: II série* (n.º 135/2018 de 2018-07-16). 19354-19359. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República: II série* (n.º 184/2019 de 2019-09-25). 128-155. Ordem dos Enfermeiros.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. (2005). Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários. *Diário da República: I série B* (n.º 196/2005 de 2005-10-12). 5981-5982. Presidência do Conselho de Ministros. ELI: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/157/2005/10/12/p/dre/pt/html>.

Ribas, R., & Bornstein, M. (2005). Parenting knowledge: Similarities and differences in Brazilian mothers and fathers. *Interamerican Journal of Psychology*, 39 (1), 5-12. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28439102>.

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.

Rosário, L. A., Boaventura, T., Lechmann, E., Freitas, A. I., Gonçalves, M., & Junior, M. F. S. (2021). Aplicabilidade do apgar familiar no cuidado em enfermagem: série de casos. *Pensar Acadêmico*, 19 (1), 154-169. doi: <https://doi.org/10.21576/pa.2021v19i1.1926>.

Roubinov, D. S., & Boyce, W. T. (2017). Parenting and SES: relative values or enduring principles?. *Current Opinion in Psychology*, 15, 162-167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.001>.

Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10 (6), 706. doi: <https://doi.org/10.3390/nu10060706>.

Scremin, A. L. X., Campeol, A. R., Freitas, A. P. M., Teixeira, K. S., & Pereira, C. R. R. (2019). Avós que coabitam e compartilham as tarefas parentais. *Psicologia Argumento*, 37 (97), 312-330. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.97.AO02>.

Silva, M., Costa, M., & Silva, M. (2013). Família em cuidados de saúde primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11), 19-28. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII13105>.

Silva, R. V. N. (2013). *Avaliação do impacto de modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar no contexto dos cuidados de saúde primários em Vila Franca do Campo*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra. Coimbra. URI <http://hdl.handle.net/10316/26045>.

Simões, J., & Fronteira, I. (2019). Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. *e-Pública: Revista Eletrónica de Direito Público*, 6 (1), 4-14.

Thomas-Hawkins, C., Flynn, L., & Dillon, J. (2020). Registered Nurse Staffing, Workload, and Nursing Care Left Undone, and Their Relationships to Patient Safety in Hemodialysis Units. *Nephrology Nursing Journal*, 47 (2), 133–142. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32343087/>.

Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8 (1), 17-30. doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>.

Ulfsdotter, M., Enebrink, P., & Lindberg, L. (2014). Effectiveness of a universal health-promoting parenting program: a randomized waitlist-controlled trial of all children in focus. *BMC Public Health*, 14 (1083). doi: 10.1186/1471-2458-14-1083.

Usta, M., Özbay, Y., & Toker, M. (2020): Development of a systemic family functionality scale (SFFS). *Marriage & Family Review*. 57 (2), 126-142. doi: 10.1080/01494929.2020.1757556.

Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Williamson, D. L., Skrypnik, B. J., & Santos, N. (2011) Questioning the suitability of traditional self-report family functioning measures for single-parent families with young children. *Marriage & Family Review*, 47 (6), 397-418. doi: 10.1080/01494929.2011.594212.

World Health Organization. (1978). *Primary health care: report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>.

World Health Organization. (1998). *Health 21 – health for all in the 21st century*. Recuperado de <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>.

World Health Organization. (2000a). *Munich declaration: nurses and midwives: a force for health, 2000*. Recuperado de <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2000/munich-declaration-nurses-and-midwives-a-force-for-health-2000>.

World Health Organization. (2000b). *The family health nurse – context, conceptual framework and curriculum*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107930>.

World Health Organization. (2017). *Patient safety: making health care safer*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>.

World Health Organization. (2019a). *Cuidados de saúde primários*. Recuperado de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>.

World Health Organization. (2019b). *Declaration of Astana: global conference on primary health care, Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>.

World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki. *JAMA*, 310 (20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053.

Zopi, F.C., Fernandes, P.B., & Juliani, C. (2017). Implications of nurses' activity in the dimensioning of nursing staff in the primary health care. *Journal of Nursing Ufpe Online*, 11 (7), 2711-2717. doi: 10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201709.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de colheita de dados: IACTENFF - Consulta de enfermagem à famíli_CE

Caraterização da família

1. Composição da Família

1.1 Nº de Elementos do Agregado Familiar ____

1.2 Nº filhos ____

1.3 Idade do filho mais velho ____

2. Tipo de Família

- Casal
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

3. Classe Social (Escala de Notação Social da Família - Graffar Adaptado)

3.1 Profissão:

- Gr industriais e Comerciantes / Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados) / Professores Universitários (com Doutoramento) / Brigadeiro / General / Marechal / Profissões liberais de topo / Altos dirigentes políticos
- Médios Industriais e Comerciantes / Dirigentes de médias empresas / Agricultores / Proprietários / Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado / Oficiais das Forças Armadas / Profissões liberais / Professores Ensino Básico, Secundário ou Universitário (sem Doutoramento)
- Pequenos Industriais e Comerciantes / Quadros médios; chefes de secção / Empregados de escritório de grau superior / Médios agricultores / Sargentos e equiparados
- Pequenos agricultores / Rendeiros / Empregados de escritório de grau inferior / Operários semi-qualificados / Funcionários públicos e membros das Forças Armadas ou militarizadas de grau inferior
- Assalariados agrícolas / Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores

3.2 Instrução:

- Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento
- Bacharelato ou Curso Superior com duração <= 3 anos
- 12º ano ou 9 ou mais anos de escolaridade
- >= 4 anos e < 9anos de escolaridade
- Não sabe ler ou escrever ou escolaridade < 4 anos

3.3 Origem do Rendimento Familiar:

- Lucros de empresas, de propriedades / Heranças / Rendimentos profissionais de elevado nível
- Altos vencimentos e honorários (>= 10 vezes o salário mínimo nacional)
- Vencimentos certos
- Remunerações <= salário mínimo nacional / Pensionistas ou Reformados / Vencimentos incertos
- Assistência (subsídios) / RMG

3.4 Tipo de Habitação:

- Casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto
- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável
- Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e wc, com eletrodomésticos essenciais
- Casa ou andar modesto, com cozinha e wc, com eletrodomésticos de menor nível
- Impróprio (barraca, andar ou outro) / Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade

3.5 Local de Residência:

- Zona residencial elegante
- Bom local
- Zona intermédia
- Bairro social ou operário / Zona antiga
- Bairro de lata ou equivalente

4. Funcionalidade da Família (Escala de Apgar Familiar de Smilkstein)

4.1 Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa?

- Quase sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca

4.2 Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema?

- Quase sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca

4.3 Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida?

- Quase sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca

4.4 Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?

- Quase sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca

4.5 Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família?

- Quase sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca

Processo de Enfermagem

Foco: Papel Parental

Dimensão: Conhecimento do papel

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	REALIZADAS	INDIQUE O TEMPO GASTO (mm:ss)
Avaliar conhecimento dos pais sobre cuidados/habilidades ao coto umbilical	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Instruir os pais sobre cuidados ao coto umbilical	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Avaliar conhecimento/habilidades dos pais sobre aleitamento materno	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre aleitamento materno	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Instruir os pais sobre técnica de aleitamento materno	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Avaliar conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre aleitamento artificial	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre características das dejeções do recém-nascido	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre vigilância de saúde	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre características do recém-nascido	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Avaliar conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre processo de vinculação	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão alimentar	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre padrão alimentar	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Avaliar o conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Avaliar o conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre padrão de higiene	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____
Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	____ : ____

Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre padrão de exercício	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre actividades de lazer	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre socialização	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Informar os pais sobre a importância da interacção do adolescente com o grupo de amigos	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____

Dimensão: Comportamentos de adesão

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	REALIZADAS	INDIQUE O TEMPO GASTO (mm:ss)
Avaliar o cumprimento das consultas de vigilância	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para o cumprimento das consultas de vigilância	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar a promoção da ingestão nutricional adequada	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar a promoção da higiene adequada	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para higiene adequada	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar a promoção de exercício	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para o exercício	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar a promoção de actividades de lazer	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para actividades de lazer	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar a promoção da socialização/autonomia	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para a socialização	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar a definição de regras entre os subsistemas	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para a importância de regras estruturantes	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Orientar para serviços sociais / comunitários	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Elogiar as forças da família e dos indivíduos	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Promover a comunicação familiar	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____

Dimensão: Adaptação da família à escola

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	REALIZADAS	INDIQUE O TEMPO GASTO (mm:ss)
Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Advogar criação de espaço para a criança estudar	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar os pais para a participação nas reuniões e actividades escolares	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____

Dimensão: Consenso, Conflito e Saturação do papel

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	REALIZADAS	INDIQUE O TEMPO GASTO (mm:ss)
Avaliar as dimensões não consensuais de papel	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Promover a comunicação expressiva das emoções	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar as dimensões conflituais do papel	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Promover o envolvimento da família alargada	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____
Promover estratégias de <i> coping </i> para o papel	<input type="radio"/> Sim / <input type="radio"/> Não	_____ : _____

Anexo 2: Autorização para realização do estudo

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED] [REDACTED]	INFORMAÇÃO	Nº 217/19 / RS Data: 2019/12/18
---	------------	------------------------------------

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estado

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para a realização do estudo intitulado "*Doações seguras de enfermeiros de família: Um contributo para a enfermagem de Saúde Familiar*", cuja investigadora é Doutora Maria Jacinta Pereira Dantas, enfermeira na ULS do Alto Minho. O estudo integra um projecto de investigação internacional Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

Em anexo: Informação respectiva.

Com os melhores cumprimentos

Dr. Jorge Oliveira
Serviço de Gestão de Conhecimento

Dr. Jorge Oliveira
Diretor do Serviço de Gestão de Conhecimento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED] [REDACTED]	INFORMAÇÃO	Nº 217/19/RS Data: 2019/12/18
---	-------------------	----------------------------------

Para: Conselho de Administração
 De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estudo

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

Deliberação autorizada
2/07/2020

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULS [REDACTED] EPE
 Prof. Doutora MARGARITA GOMES
 Presidente

Dr.ª BEATRIZ DUARTE
 Prof. Doutor TAVIEIRA GOMES

Vogal	Diretor Clínico	
Doutora MARGARITA FILIPE Vogal	Dr.ª TERESA FERNADES Vogal	Dr.ª TERESA FERNADES Vogal

PARECER

À RCA
 Com o meu acordo

19/12/19

ULS [REDACTED] EPE
 MARGARITA FILIPE
 Vogal, CA

ULS [REDACTED] 18/12/19 32328 ENT

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED] [REDACTED]	INFORMAÇÃO	Nº 25/CIS/JAS Data: 24-02-2021
---	------------	-----------------------------------

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética

Assunto: Apreciação ao pedido de autorização a uma adenda do estudo intitulado "Dotações seguras de enfermeiros de família: Um contributo para a enfermagem de Saúde Familiar"


Intervenção

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética para a Saúde apreciou o pedido de autorização a uma adenda do estudo intitulado "Dotações seguras de enfermeiros de família: Um contributo para a enfermagem de Saúde Familiar", cuja investigadora é Doutora Maria Jacinta Pereira Dantas, enfermeira na ULS do Alto Minho, Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo (Investigadora responsável do projeto), António Alberto Cerqueira da Silva Dias (Estudante do Curso de Doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa e Investigador Integrado não doutorado do CINTESIS), Marlene Lebreiro da Silva (Estudante do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto e Investigador Integrado não doutorado do CINTESIS), Pedro Henrique Gonçalves da Silva (Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior do Porto e colaborador do CINTESIS)

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS [REDACTED] deliberou, por unanimidade, nada opor à adenda deste estudo.

Com os melhores cumprimentos


Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULS [REDACTED]

Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da ULS [REDACTED] E.P.E.)