

Documentação da Avaliação e Intervenção do Enfermeiro de Família na Dimensão Estrutural: Estudo Retrospectivo

Documentation of Family Nurse Assessment and Intervention in the Structural Dimension: A Retrospective Study

Liliana Soares¹

 orcid.org/0000-0002-6652-8284

Virgínia Guedes²

 orcid.org/0000-0002-9654-3303

Maria Henriqueta Figueiredo³

 orcid.org/0000-0001-7902-9751

¹ Mestrado. Unidade Local de Saúde do Baixo Tâmega; CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

² Mestrado. Unidade Local de Saúde do Baixo Tâmega; CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

³ Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem do Porto; CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

Resumo

Introdução

A documentação do Processo de Enfermagem contribui para a qualidade e segurança dos cuidados, seja no indivíduo como cliente dos cuidados, seja na família. A avaliação estrutural da família constitui o ponto de partida no que diz respeito ao conhecimento da sua constituição, recursos internos e externos. Para tal, torna-se importante o processo de documentação face à dimensão estrutural para a continuidade dos cuidados à família como cliente.

Objetivo

Desenvolver documentação no Sistemas de Informação em Enfermagem (SCLínico-CSP®) ao nível da avaliação, intervenção e dos ganhos em saúde familiar no âmbito da dimensão estrutural.

Métodos

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, que incluiu dois momentos de avaliação. A população foi constituída pelas famílias inscritas numa Unidade Funcional, num total de 669 famílias. A primeira amostra foi constituída por 24 famílias e a segunda amostra foi constituída por 71 famílias. Os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas.

Resultados

As maiores taxas de avaliação foram relativas ao tipo de habitação, tipo de família e o edifício residencial. A maior taxa de prevalência relacionou-se com o abastecimento de água não adequado e observaram-se maiores ganhos em saúde efetivos no rendimento familiar e na precaução de segurança.

Conclusão

O objetivo do estudo foi alcançado pelo aumento das taxas de documentação dos cuidados no Sistema de Informação em Enfermagem (SCLínico-CSP®). A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às famílias, no âmbito da dimensão estrutural traduz-se no aumento dos indicadores de avaliação, prevalência e resultado. No entanto, estes resultados devem continuar a ser incrementados ao longo do tempo. Para tal, poderá ser importante a contratualização de indicadores relacionados com a família enquanto cliente dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave

Saúde da Família; Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; Enfermagem Familiar; Melhoria Contínua da Qualidade; Processo de Enfermagem; Sistemas de Informação em Saúde.

Autor de correspondência

Liliana Soares

E-mail: lilianasoares1982@gmail.com

Recebido: 06.11.2024

Aceite: 30.06.2025

Editor:

Pedro Lucas

Abstract

Introduction

Documenting the Nursing Process contributes to the quality and safety of care, both for individuals and for families as care recipients. The structural assessment of the family is the starting point for understanding its composition and its internal and external resources. Therefore, documenting the structural dimension is essential to ensuring care continuity for the family as a unit of care.

Objective

To develop documentation within the SClínico-CSP® nursing information system encompassing assessment, intervention, and family health gains related to the structural dimension

Methods

Insert text. This quantitative, descriptive, and retrospective study included two evaluation time points. The study population consisted of 669 families registered with a Functional Unit. The first sample consisted of 24 families; and the second comprised 71 families. Data were presented using charts and tables.

Results

The highest assessment rates were observed for housing type, family type, and residential building condition. The highest prevalence was associated with inadequate water supply. The most significant health gains were found in family income and safety precautions.

Conclusion

The study objective was achieved, as evidenced by increased documentation rates in the SClínico-CSP® nursing information system. Improvements in the quality of nursing care for families within the structural dimension were reflected in higher assessment, prevalence, and outcome indicators. However, these results must continue to improve over time. To support this progress, the contractual inclusion of indicators that acknowledge the family as a unit of nursing care may be essential.

Keywords

Family Health; Dynamic Family Assessment and Intervention Model; Family Nursing; Continuous Quality Improvement; Quality; Nursing Process; Health Information Systems.

Introdução

A avaliação da estrutura de uma família permite-nos conhecer características das famílias, bem como a identificação de possíveis forças, recursos internos e externos (classe social, ambiente biológico, família extensa e sistemas mais amplos) que as possam ser úteis na gestão da saúde e na gestão da doença, sendo estas duas das áreas de contratualização das Unidades Funcionais (UF (s)). Para tal, torna-se importante a documentação da avaliação e intervenção relativa a estas características, que integram a dimensão estrutural da família como cliente.¹

A documentação de todo o Processo de Enfermagem (PE) facilita a qualidade e segurança dos cuidados.² Este permite a transmissão de informação relevante para outros profissionais de saúde, nomeadamente a identificação das necessidades de cuidados do cliente, a explicitação das intervenções que necessitam de ser implementadas, ou seja, a demonstração da personalização do plano de cuidados às necessidades do cliente.^{3,4} Para além disso, permite a proteção dos enfermeiros contra ameaças de negligência, a reserva de dados recuperáveis usados para fins de pesquisa e melhoria da qualidade e a avaliação dos resultados dos

cuidados.⁴ Não obstante, a documentação adequada dos cuidados melhora a qualidade dos próprios cuidados, a satisfação profissional, proporciona visibilidade do trabalho do enfermeiro, valoriza as suas ações, promove a autonomia e eficiência do seu trabalho e oferece cientificidade à profissão.⁵

Para monitorizar a melhoria da qualidade dos cuidados, com base no PE, é necessário a utilização de indicadores de documentação que possam ser partilhados⁵. Contudo, para que estes indicadores tenham expressão, é essencial que a informação sobre os cuidados de enfermagem realizados seja corretamente registada⁶. Em conformidade, Duclos-Miller⁴ refere que a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente só pode ser medida pela qualidade da documentação de enfermagem, nomeadamente: a documentação do plano de cuidados do cliente, a avaliação da eficácia do cuidado prestado e a comunicação entre o cliente e outros profissionais de saúde.

Os sistemas de informação em enfermagem (SIE) permitem a documentação dos cuidados, usando linguagem padronizada, contribuindo para melhoria da qualidade, visibilidade e a avaliação de desempenho dos cuidados

prestados.⁶ O SIE utilizado nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é o SClínico-CSP®. Neste realiza-se a documentação dos cuidados ao indivíduo e família, com recurso a uma linguagem padronizada, nomeadamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).⁷ Através da avaliação do indivíduo e da família, é possível no SClínico-CSP® a documentação comum de dados relacionados com a dimensão estrutural da família, tais como: características da habitação, a classe social e o tipo de família. Por sua vez, a orientação para a tomada de decisão dos enfermeiros neste âmbito é suportada em modelos teóricos, como os Modelos de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e o Modelo de Intervenção Familiar (MCIF),⁸ e particularmente o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)¹, que constitui não só um modelo teórico, mas também operativo para a prática clínica.^{9,10}

O Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária em Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF),¹¹ refere que o enfermeiro deve cuidar da família como unidade e dos seus membros individualmente, bem como documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente. Contudo, a documentação dos cuidados da família como cliente não é ainda uma prática transversal dos enfermeiros que prestam cuidados às famílias. Este facto é confirmado por Melo et al.,¹² num estudo com objetivo de identificar, através dos sistemas de informação da região norte do país, os focos de enfermagem resultantes da avaliação e intervenção à família como cliente dos cuidados. Os resultados demonstraram que focos de atenção afetos à dimensão estrutural, nomeadamente: rendimento familiar, edifício residencial e abastecimento de água obtiveram taxas de documentação de 0,002%.

Vários estudos também apontam fatores dificultadores para a documentação dos cuidados, como a falta de formação contínua, a sobrecarga de trabalho, falta de tempo e recursos adequados, além da percepção da documentação como uma tarefa burocrática.^{5,13,14,15,16}

Um estudo desenvolvido em mais de 500 enfermeiros portugueses, sem formação pós graduada na área de enfermagem de saúde familiar, mostrou que a autopercepção de competência destes enfermeiros nas etapas do PE diminuiu à medida que o processo evoluiu.¹⁷ O mesmo estudo demonstrou ainda que as áreas de atenção auto percebidas pelos participantes com menores níveis médios de autopercepção de competência foram o Rendimento Familiar, o Edifício Residencial, o Abastecimento de Água e Animal Doméstico, que são áreas de atenção integrantes da dimensão estrutural da família.

Todas as características que integram a dimensão estrutural são passíveis de serem observadas, avaliadas e documentadas, particularmente quando existe longitudinalidade nos cuidados às famílias e seus membros individualmente. Deste modo, torna-se importante integrar

de modo mais efetivo a documentação do PE referente à avaliação e intervenção familiar, neste caso particular da dimensão estrutural, de forma a aumentar as taxas de documentação, o que poderá contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados à família e aos seus membros, bem como para uma maior visibilidade dos mesmos.

O objetivo deste estudo foi desenvolver documentação no SIE (SClínico-CSP®) ao nível da avaliação, intervenção e dos ganhos em saúde familiar no âmbito da dimensão estrutural.

Métodos

Estudo descritivo e retrospectivo, incluindo dois períodos distintos de avaliação. A primeira avaliação foi realizada em 22 de março de 2023, antes da implementação das atividades do projeto, de forma a comparar na segunda avaliação em 01 de junho de 2023, os resultados obtidos com a implementação do projeto. A população foi constituída pelas famílias inscritas na UF, num total de 669 famílias (à data de fevereiro de 2023).

Como critério de inclusão definiu-se as famílias cujos elementos tiveram uma consulta de enfermagem (individual, subsistemas ou família total) na UF/domicílio. Excluíram-se as famílias cujos elementos não estavam inscritos de forma permanente na UF.

A amostra que constituiu a 1ª avaliação foi o número total de famílias cujo processo familiar integrava algum tipo de avaliação e documentação no âmbito da dimensão estrutural, o que constituiu um total de 24 famílias. Esta informação foi extraída através dos mecanismos de extração de dados do SIE (SClínico-CSP®).

No segundo momento da avaliação (junho de 2023), através do mesmo processo de extração de dados e pela documentação realizada em Excel®, determinou-se um total de 71 famílias.

A equipa responsável pela implementação foi constituída pela Equipa da Enfermagem da UF.

Durante a recolha de dados foi respeitado o anonimato dos membros das famílias, sendo ocultada qualquer informação que os pudesse identificar.

Para a avaliação foram utilizados os indicadores definidos para a avaliação e intervenção familiar da dimensão estrutural, que integram o mapeamento de indicadores do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF),¹⁸ nomeadamente: taxas de avaliação, taxas de prevalência e indicadores de resultado.

Relativamente à avaliação da fase do ciclo vital das famílias nucleares, utilizou-se a classificação de Relvas.¹⁹ Esta, considera sempre a idade do filho mais velho e integra as seguintes fases: fase 1 (formação de casal); fase 2 (família com filhos pequenos); fase 3 (família com filhos na escola); fase 4 (família com filhos adolescentes) e fase 5 (família com filhos adultos).

Em relação à avaliação do tipo de habitação e classe social foi utilizada a Escala de Graffar Adaptada.¹ Esta permite

avaliar as condições socioeconômicas da família, sendo avaliados cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiares, conforto e habitação e aspetos do bairro onde reside. Os critérios são avaliados numa escala de 1- 5 graus. Para a avaliação é considerado o elemento de casal com maior nível de classificação.

As atividades realizadas pela equipa de enfermagem da UF, às famílias cujos elementos tiveram uma consulta de enfermagem (individual, subsistemas ou família total) na UF/domicílio, foram:

- Avaliação do tipo de família (nuclear; reconstruída; monoparental; alargada; unipessoal; coabitação; comuna; institucional ou outra) e respetiva documentação no SIE (SCLínico-CSP®);

- Avaliação da fase do ciclo vital das famílias nucleares (fase 1 (formação de casal); fase 2 (família com filhos pequenos); fase 3 (família com filhos na escola); fase 4 (família com filhos adolescentes) e fase 5 (família com filhos adultos) e respetiva documentação no SIE (SCLínico-CSP®);

- Avaliação do tipo de habitação (grau 1, 2, 3, 4 e 5 da Escala de Graffar Adaptada) e classe social (classe I, II, III, IV e V da Escala de Graffar Adaptada) e respetiva documentação no SIE (SCLínico-CSP®);

- Avaliação das áreas de atenção da dimensão estrutural do MDAIF (Rendimento Familiar; Edifício Residencial; Precaução de Segurança; Abastecimento de Água e Animal Doméstico) e respetiva documentação no SIE (SCLínico-CSP®);

- Formulação de diagnósticos de enfermagem na dimensão estrutural e sua documentação no SIE (SCLínico-CSP®);

- Implementação de intervenções de enfermagem na dimensão estrutural e sua documentação no SIE (SCLínico-CSP®);

- Avaliação dos resultados/ganhos em saúde na dimensão estrutural e sua documentação no SIE (SCLínico-CSP®);

- Recolha dos dados do SIE (SCLínico-CSP®) para o software Microsoft Excel®;

- Análise dos dados obtidos, nomeadamente a avaliação das taxas de avaliação, taxas de prevalência e indicadores de resultado na dimensão estrutural (ESEP/CINTESIS, 2013).

Os dados foram documentados no SIE (SCLínico-CSP®), bem como registados quantitativamente em tabela no software Microsoft Excel®.

Resultados

Os resultados das duas avaliações, estão apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, acompanhados de explicitação dos mesmos.

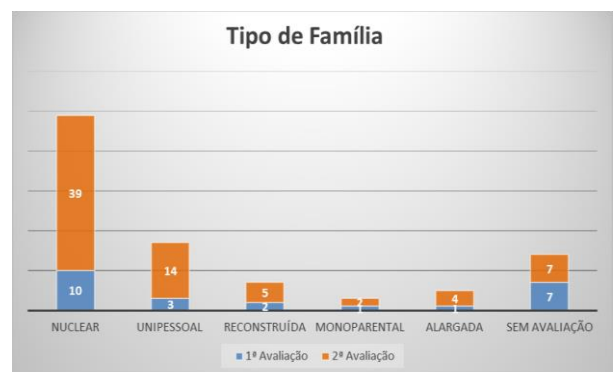
Na 1ª avaliação, 24 (3,59%) famílias de um total de 669, integravam no seu processo pelo menos uma avaliação de enfermagem no âmbito da família.

Relativamente ao tipo de família (Gráfico 1) 17 famílias de um total de 24 famílias, tinham a sua tipologia avaliada, sendo que 10 (41,7%) eram do tipo nuclear, 3 (12,5%) do tipo unipessoal, 2 (8,3%) do tipo reconstruída, 1 (4,2%) do tipo monoparental e 1 (4,2%) do tipo alargada. Sendo que 7 (29,2%) famílias não tinham a sua tipologia avaliada (Gráfico 1).

Na 2ª avaliação verificou-se um aumento nas avaliações, sendo que 71 famílias (10,6%) de um total de 669, integravam no seu processo pelo menos uma avaliação de enfermagem no âmbito da família.

Em relação ao tipo de família, 64 famílias de um total de 71 famílias tinham a sua tipologia avaliada, sendo que 39 (55%) eram do tipo nuclear, 14 (24%) do tipo unipessoal, 5 (7%) do tipo reconstruída, 2 (2,8%) do tipo monoparental e 4 (5,6%) do tipo alargada. Sendo que 7 (9,9%) famílias não tinham a sua tipologia avaliada.

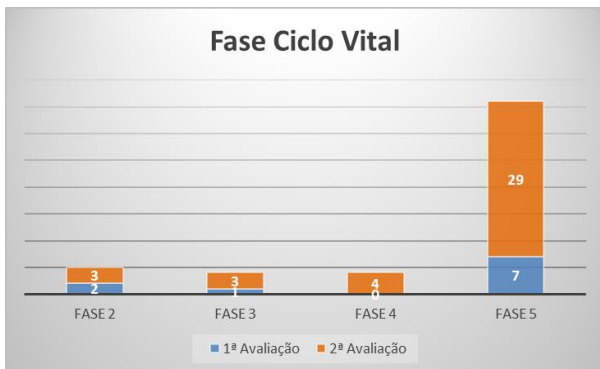
Gráfico 1 -Tipo de Família no 1º e 2º momento de avaliação.



Em relação à fase do ciclo vital familiar (Relvas, 2000) (Gráfico 2), na 1ª avaliação, das 10 famílias nucleares, 2 (20%) encontravam-se na fase 2 (famílias com filhos pequenos), 1 (10%) na fase 3 (famílias com filhos em idade escolar) e 7 (70%) na fase 5 (famílias com filhos adultos) (Gráfico 2).

Na 2ª avaliação, das 39 famílias nucleares, 3 (7,7%) encontravam-se na fase 2 (famílias com filhos pequenos), 3 (7,7%) na fase 3 (famílias com filhos em idade escolar), 4 (10,2%) na fase 4 (famílias com filhos adolescentes) e 29 (74,3%) na fase 5 (famílias com filhos adultos).

Gráfico 2 -Fases do Ciclo Vital das Famílias Nucleares no 1º e 2º momento de avaliação.



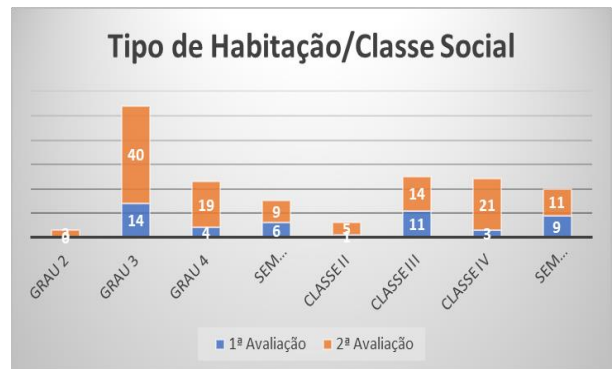
Quanto ao tipo de habitação (Gráfico 3), na 1ª avaliação de um total de 24 famílias, 14 famílias (58,3%) residiam numa habitação classificada no grau 3 de acordo com a Escala de Graffar Adaptada¹ (habitação com casa de banho, cozinha, sala e quartos, bem conservada, com eletrodomésticos essenciais, água, saneamento básico, eletricidade, boa ventilação e luz natural), 4 (16,7%) com habitação grau 4 (condições exíguas, mau estado de conservação, sem todos os eletrodomésticos essenciais, escassa ventilação, sem água ou saneamento ou eletricidade, com escassa ventilação e escassa luz natural), e 6 (25%) não tinham avaliação.

Em relação à classe social de acordo com a Escala de Graffar Adaptada, 1 família (4,2%) era de classe II (média/alta), 11 (45,9%) de classe III (média), 3 (12,5%) de classe IV (média/baixa) e 9 (37,5%) não tinham avaliação (Gráfico 3).

Na 2ª avaliação quanto ao tipo de habitação de um total de 71 famílias, 3 famílias (4,2%) residiam em habitação do tipo grau 2 (espaçosa, bem conservada, aquecimento central, eletrodomésticos além dos essenciais, água, saneamento, eletricidades, boa ventilação e luz natural), 40 (56,3%) em habitação do tipo grau 3, 19 (26,8%) do tipo grau 4 e 9 (12,7%) não tinham avaliação.

Relativamente à classe social, 5 famílias (7%) eram de classe II (média/alta), 34 (48%) de classe III (média) e 21 (30%) de classe IV (média/baixa) e 11 (15,5%) não tinham avaliação.

Gráfico 3 -Tipo de Habitação e Classe Social das Famílias no 1º e 2º momento de avaliação.



Na tabela 1, encontram-se os resultados relativamente às taxas de avaliação entre o 1º e 2º momento. Assim podemos verificar uma subida das taxas de avaliação da 1ª avaliação para a 2ª avaliação. A maior taxa, tanto na 1ª avaliação (3,6%) como na 2ª avaliação (10,6%), foi a taxa de registo do Programa de Saúde da Família, havendo um aumento de 7% entre a 1ª e 2ª avaliação. A taxa de avaliação mais baixa relaciona-se, simultaneamente, na 1ª (1,6%) e 2ª avaliação (3,3%), com o Animal Doméstico (AD). Podemos referir ainda que a taxa de avaliação que obteve um maior incremento da 1º para a 2ª avaliação, foi o Edifício Residencial (ER) (7,2%). Seguindo -se respetivamente: o Programa de Saúde da Família (7%); o Tipo de Habitação (6,6 %); a Classe Social e o Rendimento Familiar (RF) (6,5 %); o Tipo de Família (6 %); a Precaução de Segurança (PS) (5,7%); o Abastecimento de Água (AA) (3,3%) e por fim o Animal Doméstico (AD) (1,7%).

Tabela 1. Indicadores - Taxas de Avaliação no 1º e 2º momento de avaliação

Taxas de Avaliação	Avaliação	
	1ª	2ª
Nº. de famílias com programa de saúde da família /Nº total de famílias de inscritas na UF x 100	3,6% (n=24)	10,6% (n=71)
Nº. de famílias avaliadas na Classe Social/Nº total de famílias inscritas na UF X 100	2,4% (n=16)	8,9% (n=60)
Nº. de famílias avaliadas no tipo de habitação/Nº total de família inscritas na UF x 100	2,7% (n=18)	9,3% (n=62)
Nº. de famílias avaliadas no tipo de família /Nº total de famílias inscritas na UF x 100	3% (n=20)	9,3% (n=62)
Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial (ER)/Nº total de famílias inscritas na UF X 100	2,1% (n=14)	9,3% (n=62)
Nº. de famílias avaliadas em Rendimento familiar (RF) /Nº total de famílias inscritas na UF X 100	2% (n=13)	8,5% (n=57)
Nº. de famílias avaliadas em Prevenção de Segurança (PS) /Nº total de famílias inscritas na UF X 100	2,2% (n=15)	7,9% (n=53)
Nº. de famílias avaliadas em Abastecimento de Água (AA)/Nº total de famílias inscritas na UF X 100	2,1% (n=14)	5,4% (n=36)
Nº. de famílias avaliadas em Animal Doméstico (AD)/Nº total de famílias inscritas na UF X 100	1,6% (n=11)	3,3% (n=22)

No que diz respeito às taxas de prevalência (Tabela 2), verificamos que na 1ª avaliação a prevalência dos diagnósticos foram respectivamente: o Abastecimento de Água Não Adequado (AANA) (42,9 %); a Prevenção de Segurança Não Demonstrada (PSND) (20%); o Animal Doméstico Negligenciado (ADN) (18,2%) e o Rendimento Familiar Insuficiente (RFI) (7,7%).

Na 2ª avaliação os diagnósticos com maior prevalência foram: o AANA (47,2%), o ADN (27,3%) e Edifício Residencial Não Seguro (ERNS) (17,7%). Seguindo-se respectivamente: Prevenção de Segurança Não Demonstrada (PSND) (9,4%); Rendimento Familiar Insuficiente (RFI) (7%) e o Edifício Residencial Negligenciado (ERN) (3,2%).

Tabela 2 – Indicadores - Taxas de Prevalência de Diagnósticos de Enfermagem no 1º e 2º momento de avaliação.

Taxas de Prevalência	Avaliação	
	1ª	2ª
Nº. de famílias com Edifício Residencial Não Seguro (ERNS)/Nº total de famílias em que foi avaliado o Edifício Residencial (ER) X 100	0% (n=0)	17,7% (n=11)
Nº. de famílias com Edifício Residencial Negligenciado (ERN)/Nº total de famílias em que foi avaliado o Edifício Residencial (ER) X 100	0% (n=0)	3,2% (n=2)
Nº. de famílias com Rendimento Familiar Insuficiente (RFI)/Nº total de famílias em que foi avaliado o Rendimento familiar (RF) X 100	7,7% (n=1)	7,0% (n=4)
Nº. de famílias com Prevenção de Segurança Não Demonstrada (PSND)/Nº total de famílias em que foi avaliado a Prevenção de Segurança (PS) X 100	20% (n=3)	9,4% (n=3)
Nº. de famílias com Abastecimento de Água Não Adequado (AANA)/Nº total de famílias em que foi avaliado Abastecimento de Água (AA)/X 100	42,9% (n=6)	47,2% (n=17)
Nº. de famílias com Animal Doméstico Negligenciado (ADN)/Nº total de famílias em que foi avaliado o Animal Doméstico (AD) X 100	18,2% (n=2)	27,3% (n=6)

Tabela 3 – Indicadores de Resultado/Ganhos em Saúde no 1º e 2º momento de avaliação.

Indicadores de Resultado (Ganhos em Saúde)	Avaliação	
	1ª	2ª
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício Residencial Não Seguro (ERNS)/Nº total de famílias com ERNS x100	0% (n=0)	9,1% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício Residencial Negligenciado (ERN)/ /Nº total de famílias com ERN x 100	0% (n=0)	50% (n=1)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Rendimento Familiar Insuficiente (RFI)/ /Nº total de famílias com RFI x 100	0% (n=0)	75% (n=2)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PS /Nº total de famílias com Precaução de Segurança Não Demonstrada (PSND)/ x 100	0% (n=0)	60% (n=2)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado Animal Doméstico Negligenciado (ADN)/Nº total de famílias com AANA x 100	0% (n=0)	9.9% (n=2)
Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Animal Doméstico Negligenciado (ADN) /Nº total de famílias com ADN x 100	0% (n=0)	0% (n=0)

Relativamente aos indicadores de resultado (Tabela 3), estes revelam que na 1ª avaliação não existiam ganhos em saúde relativamente à dimensão estrutural. Já no 2º momento da avaliação, verifica-se um crescimento dos resultados, bem como na documentação de intervenções de enfermagem, o que se traduziu em ganhos em saúde relativos à dimensão estrutural. Esta tendência teve a exceção do AD, área de atenção que se manteve em 0% também na 2ª avaliação. O ER, o RF e a PS foram as áreas de atenção que obtiveram maior percentagem em resultados positivos na 2ª avaliação. Assim, metade das famílias (50%) com o ER obtiveram ganhos em saúde com as intervenções de enfermagem, no que diz respeito às características de salubridade e higiene da habitação. Também cerca de 75% das famílias avaliadas, com o RFI obtiveram a resolução deste diagnóstico, quanto ao conhecimento sobre a gestão do rendimento da família. Quanto à PS, esta foi melhorada em 60% das situações em

que estava comprometida. O AA também foi melhorado na 2ª avaliação com um resultado positivo de cerca de 10%, bem como ao nível do ERNS com um resultado positivo de 9,1%.

Discussão

Relativamente aos resultados das taxas de avaliação da 1ª avaliação, verificamos que, de uma maneira geral, havia taxas de documentação baixas relacionadas com a avaliação da dimensão estrutural das famílias. Esta situação vem corroborar com os estudos,^{12,17} que demonstram que existem baixas taxas de documentação da dimensão estrutural das famílias, podendo estar associados a vários fatores como a falta de formação.^{5,13,14,15,16}

No que diz respeito às taxas de prevalência, verificamos que em quase todas estas houve um aumento entre a 1ª e a 2ª avaliação, com exceção de duas (RF e PS). Contudo isto não significa, que tenha havido um aumento real da prevalência destes diagnósticos (ERNS, ERN, AANA e ADN), estando esta situação relacionada com o aumento considerável nas taxas de avaliação entre a 1ª e a 2ª avaliação, o que consequentemente refletiu-se num aumento das taxas de prevalência destes diagnósticos. Importa salientar nesta avaliação, a taxa de prevalência do AANA, que representa quase metade do total das famílias em que o abastecimento de água foi avaliado, em ambos os momentos de avaliação. Este resultado relaciona-se com o ambiente em que estas famílias se inserem. Tratando-se de um ambiente particularmente rural, o abastecimento de água é com frequência da rede privada, dado ainda não existir uma rede de abastecimento pública global nesta comunidade. De acordo com os dados oficiais, em Portugal em 2020 cerca de 96% dos alojamentos estão servidos por sistemas públicos de abastecimento de água, sendo o valor de 85% quando se trata de sistemas de drenagem de águas residuais.²⁰ Assim, as famílias podem residir numa área que não seja abrangida pelo abastecimento de água, uma vez que ainda 4% dos alojamentos não dispõem deste serviço utilizando água de rede privada. Sendo este o caso desta zona do país, em que de acordo com os dados mais recentes em 2019,²⁰ apenas cerca de 47% dos alojamentos desta zona do país estavam servidos por sistemas públicos de abastecimento de água e 48% com sistemas de drenagem de águas residuais.

O AANA traduz-se na inexistência de conhecimentos sobre os riscos de contaminação da água, e/ou a capacidade da família na adequação dos cuidados necessários a este tipo de abastecimento,¹ tendo em conta as diretrizes da Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (ERSAR) para a manutenção da qualidade da água para consumo humano.²¹

Estas diretrizes preveem a não utilização de água não controlada para consumo humano, que inclui alimentação, cozinha e higiene, assim como o controlo da qualidade da água para consumo humano, anualmente ou sempre que necessário.

Em relação aos ganhos em saúde, os resultados revelam que na 1ª avaliação os ganhos em saúde, relativamente à dimensão estrutural, eram inexistentes, verificando-se uma tendência decrescente na documentação dos cuidados de enfermagem à família, inversa às fases do PE. Assim, existem taxas de avaliação significativamente superiores aos indicadores de resultado. Este resultado pode explicar-se pelo facto de os cuidados de enfermagem à família serem prestados numa perspetiva co-evolutiva e longitudinal.¹

Salienta-se também que a frequência das consultas que o enfermeiro de família dispõe para prestar cuidados à família como unidade não é muitas vezes aquela que desejaria, o que torna as etapas do PE mais demoradas. Esta tendência inversa ao avançar das etapas do PE também já foi verificada num estudo,¹⁷ nomeadamente relativo à autoperceção do enfermeiro sobre as suas competências de pós-graduada na área de enfermagem de saúde familiar. Neste estudo desenvolvido em mais de 500 enfermeiros portugueses, sem formação, mostrou que a autoperceção de competência destes enfermeiros nas etapas do PE diminui à medida que o processo evolui.

Relativamente ao 2º momento da avaliação, houve crescimento dos indicadores de resultados, traduzidos em ganhos em saúde na maioria dos diagnósticos, revelando assim a importância da avaliação, intervenção e respetiva documentação para a obtenção e mensuração dos ganhos em saúde para as famílias. Nascimento et al.⁶ referem que não se produzem indicadores de avaliação da qualidade se não houver um registo de todo o PE. Esta situação leva a que não haja uma visibilidade à sociedade da atuação desta classe profissional como também dificilmente transparece o processo de melhoria. Assim, a documentação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar é basilar para que exista a visibilidade na sociedade das competências específicas do EEECESF, bem como para que haja um efetivo desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados. Importa salientar que, de acordo com Fernandes e Tareco,²² que a formação especializada tem grande impacto na adesão à documentação dos cuidados nos SIE, assim como o envolvimento dos profissionais nos processos de mudança. Também Figueiredo et al.,¹⁷ sugerem a necessidade de formação pós-graduada na área de enfermagem de saúde familiar, como forma de melhorar a autoperceção dos enfermeiros sobre as suas competências na utilização do PE no cuidado sistémico à família em simultaneidade ao cuidado dos seus membros individualmente.

Conclusão

Considerando que a qualidade dos cuidados observa-se também pela qualidade da documentação, obteve-se uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às famílias, no âmbito da dimensão estrutural o que se traduziu pelo aumento dos indicadores de avaliação, prevalência e resultado.

No que concerne aos dados avaliativos, aqueles que registaram maiores taxas de avaliação foram o Tipo de Habitação, o Tipo de Família e o Edifício Residencial. O Abastecimento de Água foi a área de atenção com maior necessidade de intervenção, dado ter obtido a maior taxa de prevalência. No entanto, os maiores ganhos efetivos em saúde obtiveram-se no Rendimento Familiar e na Prevenção de Segurança.

Os resultados obtidos com este projeto demonstram a importância da documentação da avaliação e intervenção familiar para a melhoria dos cuidados prestados às famílias, bem como a sua contribuição para a visibilidade do papel do EEECESF.

O processo de contratualização, interna e externa, não contempla nenhum indicador de resultado que se relacione com a família como cliente. Todos os indicadores contratualizados para as USF e/ou UCSP são relacionados com o indivíduo. Deste modo, torna-se mais difícil para o EEECESF dar o devido ênfase à avaliação e intervenção familiar, uma vez que esta área do conhecimento não faz parte dos objetivos assumidos pelas UF (s), bem como não integra os Planos de Ação. No entanto, sabemos que o conhecimento e compreensão da família e do indivíduo numa perspetiva sistémica é crucial para atingir ganhos em saúde individuais e familiares. Será importante que os decisores políticos e institucionais se sensibilizem para a importância da avaliação e intervenção familiar e proponham às equipas de saúde familiar indicadores relacionados com a família como cliente.

Limitações do estudo

Em relação às limitações destacamos o fato do intervalo de tempo entre a 1ª e 2ª avaliação ter sido curto e a ausência de um terceiro momento de avaliação o que permitiria enriquecer os resultados nomeadamente através do aumento dos ganhos em saúde.

Autoria e Contribuições

LS: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.
VG: Conceção e desenho do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.
HF: Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e assunção de responsabilidade pelo mesmo.

Conflitos de interesse e Financiamento

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Fontes de apoio / Financiamento

As autoras declaram que o estudo não foi objeto de financiamento.

Referências

1. Figueiredo M. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. 1ª ed. Loures: Lusociência; 2012. 224p.
2. Oliveira N, Peres H. Qualidade da documentação do processo de enfermagem em sistemas de apoio à decisão clínica. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 3];29:e3426. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>
3. Ávila GS, Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim FC, Brito MJM. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 21];27. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641>
4. Duclos-Miller P. Improving nursing documentation and reducing risk. Chicago: HCpro Inc; 2016. 140p.
5. Azevedo O, Guedes E, Araújo S, Maia M, Cruz D. Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 3]; 53:e03471. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>
6. Nascimento T, Frade I, Miguel S, Presado M, Cardoso M. Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 3];26(02):505-510. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
7. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. SCLínico: Processo de enfermagem, manual de utilizador. Versão 1.0. Lisboa: SPMS; 2017.
8. Wright L, Leahey M. Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família. 5ª Ed. S. Paulo: ROCA; 2012. 392p.
9. Ferreira M, Pereira C, Rodrigues MJ, Paiva M, Arrojado V, Figueiredo MH. Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Rev Invest Inov* [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 21];3(2):7-20. Available from: <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>
10. Souza SSAL, Batista ABM, Silva EP, Santos VGN. A repercussão que o modelo Calgary de avaliação familiar na assistência em saúde: Revisão integrativa. In: CIPCEn-2023: 4º Congresso Internacional de Produção Científica em Enfermagem. Instituto Enfservic [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 21];4(4):33. Available from: <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1447/1467>
11. Portugal. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 428/2018. 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 [Internet]. Lisboa: DRE; 2018 [cited 2024 Jul 3]. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
12. Melo P, Bastos J, Figueiredo MH, Rodrigues J, Pinto D. Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem na família: Um estudo no ACES do Grande Porto. In: Livro de resumos do I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar [Internet]. Arcos de Valdevez: Sociedade Portuguesa Enfermagem Saúde Familiar; 2019 [cited 2025 Feb 21]; p112-113. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/27192>
13. Júnior WL, Braga CG, Freire BSM, Costa ACB, Andrade MBT, Chini LT, et al. Documentação do processo de enfermagem: desafios e potencialidades. *Contrib Ciênc Sociales* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 21]; 6(8):9416-9441. Available from: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1282>
14. Santos AKO, Sousa MS, Silva AF, Estrela FM, Lima NS, David RAR, et al. Implantação da sistematização da assistência por enfermeiras na atenção básica: facilidades e dificuldades. *J. Nurs. Health* [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 21];11(2):e2111220246. Available from: <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i2.20246>
15. Dias T, Coelho KR, Menezes AC, Andrade SN, Oliveira F. Sistematização da assistência e processo de enfermagem na saúde da família: Percepção de enfermeiros. *J Nurs Health* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 21];12(1):e2212120794. Available from: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2246>
16. Macedo ER, Basílio ACM, Silva BJR, Santos BDV, Andrade CR, Souza G, et al. Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. *REAS* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 21]; 15(2):e9584. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e9584.2022>
17. Figueiredo MH, Ferreira MM, Silva ML, Guedes VS. Self-perception of nurses' competence in family assessment and intervention. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 July 3];39(3):e13. Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e13>
18. ESEP/CINTESIS. Projeto: Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma acção transformativa em cuidados de saúde primários [Internet]. Porto: ESEP;

2013 [cited 2024 July 3]. Available from: <https://i-d.esenf.pt/mdaif/>

19. Relvas A. O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica. 2ª Ed. Porto: Edições Afrontamento; 2000.236p

20.PORDATA. Portal estatístico da Fundação Francisco Manuel dos Santos [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2024 [cited 2024 Jul 3]. Available from: <https://www.pordata.pt>

21.Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (ERSAR). Utilização de captações particulares de água para consumo humano. Cadernos Sensibilização [Internet]. 2017 [cited 2024 July 3];Serie 1. Available from: <https://www.ersar.pt/layouts/mpp/file-download.aspx?fileId=1264466>

22.Fernandes S, Tareco E. Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. RISTI [Internet]. 2016 [cited 2024 Jul 3];19: 34-35. Available from: <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>