



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A Família e a Literacia em Saúde na Autogestão da Doença Crónica: estudo de casos múltiplos

Filipa Mariana Almeida Pinheiro

31 de janeiro de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A Família e a Literacia em Saúde na Autogestão da Doença Crónica: estudo de casos múltiplos

Filipa Mariana Almeida Pinheiro

Estágio com Relatório Final

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

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

31 de janeiro de 2025

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”

(Leonardo da Vinci)

Agradecimentos

O presente relatório final representa o culminar de uma jornada marcada por desafios, descobertas e amadurecimento intelectual, tornando-se imperativo reconhecer e expressar a mais sincera gratidão a todos os que, de diversas formas, contribuíram para esta realização.

Em primeiro lugar, manifesto a minha gratidão à orientadora pedagógica, Professora Doutora Maria Odete Amaral, cuja orientação perspicaz e rigor científico foram fundamentais para o amadurecimento desta investigação. A sua generosidade em partilhar o saber, a sua paciência inestimável e a confiança que depositou em mim constituíram a base que permitiu alcançar os resultados aqui apresentados.

À Escola Superior de Saúde de Viseu, pelo apoio institucional e pelos recursos que tornaram esta investigação possível, bem como a todos os docentes e funcionários que, de forma direta ou indireta, contribuíram para o meu desenvolvimento académico e para a concretização deste trabalho.

Agradeço também à orientadora de estágio, a Enfermeira Ana Filipa Loureiro, pela sua competência e dedicação em cada momento do estágio. O seu exemplo de rigor profissional, aliado a uma sensibilidade humana ímpar, inspirou-me a alcançar padrões de excelência e contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. A sua orientação atenta e apoio constante foram essenciais para o sucesso deste percurso.

À minha família, expresso uma gratidão que palavras dificilmente traduzem. Aos meus pais, cujo amor incondicional, apoio infalível e confiança no meu potencial foram alicerces essenciais ao longo desta jornada. A cada um dos restantes familiares, próximos e distantes, que com gestos silenciosos e discretos foram verdadeiros cúmplices e fontes de motivação, reitero o meu mais profundo agradecimento.

Uma menção particular é reservada aos meus avós e tios, que, embora já não estejam fisicamente presentes, permanecem vivos nas minhas memórias e no meu coração. A sua ausência é profundamente sentida, mas a lembrança do seu exemplo e dos valores que transmitiram ecoam em cada conquista e em cada etapa superada. A eles dedico esta realização, com a certeza de que, onde quer que estejam, continuam a inspirar-me, a guiar-me e a proteger-me.

Aos meus amigos, expresso o mais profundo reconhecimento e apreço. A cada um de vós, que acompanhou esta jornada com dedicação e proximidade, agradeço pelo valor ímpar da amizade e pelo apoio genuíno. Nos momentos de maior adversidade, a vossa presença constante e palavras de incentivo foram fundamentais para a manutenção da minha resiliência, enquanto os momentos de partilha e companheirismo contribuíram para tornar este percurso significativamente mais leve e memorável. A vossa proximidade tornou-se uma extensão da minha própria força, sendo cada um de vós parte indelével desta conquista.

A Deus, fonte de toda a força e luz, agradeço por me ter guiado com fé ao longo desta caminhada, muitas vezes intensa e desafiante. A fé foi o alicerce que me sustentou nos momentos de incerteza, lembrando-me que cada obstáculo era parte de um plano maior e que, com determinação e resiliência, seria possível alcançar este marco.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de forma silenciosa ou discreta, deixaram a sua marca nesta caminhada, contribuindo para o meu crescimento, com gestos de apoio, encorajamento e amizade.

A todos, a minha mais sincera gratidão por serem parte desta vitória.

Resumo

Introdução: A gestão de doenças crônicas, como a Diabetes *Mellitus* tipo 2, implica alterações profundas na dinâmica familiar, exigindo adaptações comportamentais e reorganizações no cotidiano. Devido à sua longevidade e impacto, esta condição constitui um dos maiores desafios para as famílias e uma prioridade global nas políticas de saúde. Neste contexto, a literacia em saúde emerge como um elemento central, associada a melhores resultados clínicos e à capacitação para uma gestão mais informada e eficaz da doença.

Objetivos: Prestar cuidados a famílias envelhecidas com membros portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2, valorizando-as como unidade de cuidados e promovendo a saúde de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital.

Metodologia: Este estudo qualitativo seguiu um desenho de estudo de caso múltiplo, envolvendo quatro famílias acompanhadas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Foram utilizadas a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes.

Resultados: As intervenções realizadas em parceria com as famílias geraram ganhos em saúde, nomeadamente nas áreas da Satisfação Conjugal, do Processo Familiar e nas atividades de autocuidado com a diabetes. Verificou-se que níveis elevados de literacia em saúde facilitaram a gestão eficaz da doença, enquanto níveis insuficientes representam barreiras às intervenções.

Conclusão: A promoção da literacia em saúde no contexto familiar revelou-se essencial para capacitar as famílias, reduzindo o impacto da doença e reforçando a importância de intervenções integradas, centradas na família, para uma gestão mais eficaz e eficiente da Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Palavras-Chave: Empoderamento; Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Autogestão; Saúde da Família; Enfermagem Familiar

Abstract

Introduction: Managing chronic diseases such as Diabetes Mellitus type 2 involves profound changes in family dynamics, requiring behavioural adaptations and reorganisations in daily life. Due to its longevity and impact, this condition is one of the greatest challenges for families and a global priority in health policies. In this context, health literacy emerges as a central element, associated with better clinical outcomes and empowerment for more informed and effective disease management.

Objectives: To provide care for ageing families with members suffering from Diabetes Mellitus type 2, valuing them as a unit of care and promoting the health of each of their members throughout the life cycle.

Methodology: This qualitative study followed a multiple case study design, involving four families monitored at the Personalised Healthcare Unit. The operative matrix of the Dynamic Family Assessment and Intervention Model and the Diabetes Self-Care Activities Scale were used.

Results: The interventions carried out in partnership with families generated health gains, particularly in the areas of Marital Satisfaction, Family Process and diabetes self-care activities. It was found that high levels of health literacy facilitated effective disease management, while insufficient levels represented barriers to interventions.

Conclusion: Promoting health literacy in the family context has proved essential for empowering families, reducing the impact of the disease and reinforcing the importance of integrated, family-centred interventions for more effective and efficient management of Diabetes Mellitus type 2.

Keywords: Empowerment; Diabetes Mellitus, Type 2; Self-Management; Family Health; Family Nursing

Sumário

	Pág.
Lista de quadros	
Lista de gráficos	
Lista de figuras	
Lista de siglas e acrónimos	
Introdução	17
1. Caracterização do Contexto Clínico	21
1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Primários	22
1.2. Caracterização Sociodemográfica da Lista de Utentes do Enfermeiro Tutor	25
2. Contributos para o Desenvolvimento de Competências	29
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	29
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar	32
3. Atividades Realizadas	37
3.1. Enquadramento Teórico	37
3.1.1. Família, Saúde Familiar e Enfermagem de Saúde Familiar	37
3.1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis	42
3.1.3. Família e o Ciclo Vital Familiar	44
3.1.4. Viver com Doença Crónica: Desafios para a Pessoa e Família	46
3.1.5. Literacia em Saúde: O Alicerce da Autogestão Eficaz da Doença Crónica ..	48
3.1.6. O Enfermeiro de Família na Capacitação para a Literacia em Saúde e Autogestão de Doenças Crónicas	52
3.2. Metodologia	56
3.2.1. Justificação do Tema	56
3.2.2. Objetivos	58
3.2.3. Recrutamento dos Participantes	58
3.2.4. Entrevista Estruturada	59
3.2.5. Análise	59
3.2.6. Rigor e Confiabilidade	59
3.2.7. Limitações e Vantagens	60
3.3. Resultados	60

3.3.1. Família 1.....	66
3.3.2. Família 2.....	74
3.3.3. Família 3.....	84
3.3.4. Família 4.....	92
3.4. Discussão	101
4. Conclusão.....	115
Referências Bibliográficas.....	117
Apêndices	127
Apêndice I - Cronograma de Atividades	129
Apêndice II - Sessão “Plano de Cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar: Registos no SClínico- CSP®”.....	131
Anexos	141
Anexo I - Consentimento Informado: Famílias Participantes no Estudo	143
Anexo II - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 1.....	147
Anexo III - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 2.....	149
Anexo IV - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 3	151
Anexo V - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 4.....	153

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 1, por dimensões de avaliação	68
Quadro 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 2, por dimensões de avaliação	76
Quadro 3 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 3, por dimensões de avaliação	86
Quadro 4 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 4, por dimensões de avaliação	93

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 - Áreas de atenção avaliadas por dimensões de avaliação face ao número total de famílias	102
Gráfico 2 - Diagnósticos de enfermagem identificados que requereram intervenções por dimensão de avaliação face ao número total de famílias.....	103
Gráfico 3 - Subconjunto de diagnósticos no âmbito da satisfação conjugal não mantida e do processo familiar disfuncional por número total de famílias	103
Gráfico 4 - Intervenções realizadas no âmbito da satisfação conjugal não mantida e do processo familiar ineficaz por número total de famílias.....	104
Gráfico 5 - Tipos de atividades que concretizaram as intervenções por número total de famílias	105
Gráfico 6 - Subconjunto de diagnósticos no âmbito da satisfação conjugal não mantida e do processo familiar disfuncional por número total de famílias	106
Gráfico 7 - Escala de autocuidado com a diabetes: alimentação geral.....	107
Gráfico 8 - Escala de autocuidado com a diabetes: alimentação específica.....	108
Gráfico 9 - Escala de autocuidado com a diabetes: atividade física.....	109
Gráfico 10 - Escala de autocuidado com a diabetes: monitorização de glicémia.....	109
Gráfico 11 - Escala de autocuidado com a diabetes: cuidados com os pés	110
Gráfico 12 - Escala de autocuidado com a diabetes: medicamentos	111
Gráfico 13 - Escala de autocuidado com a diabetes: hábitos tabágicos	111

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Pirâmide etária dos cidadãos inscritos na UCSP, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência, unidades ponderadas e distribuição das inscrições nos CSP	24
Figura 2 - Pirâmide etária dos cidadãos inscritos na lista da ET, por género e grupo etário ...	26
Figura 3 - Contagem de famílias por número de elementos por família	27
Figura 4 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação (adaptado de modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar)	42
Figura 5 - Doenças crónicas mais prevalentes no género masculino e feminino	49
Figura 6 - Competências de literacia em saúde	50
Figura 7 - Caracterização dos grupos mais vulneráveis	51
Figura 8 - Fatores que influenciam a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica	54
Figura 9 - Genograma da família 1	67
Figura 10 - Genograma da família 2.....	74
Figura 11 - Genograma da família 3.....	85
Figura 12 - Genograma da família 4.....	92

Lista de siglas e acrónimos

CENDES-OPAS - Criterios para la Evaluación de Necesidades y Decisión en Salud da Organização Pan-Americana da Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde de Primários

DM – Diabetes *Mellitus*

EC – Estudo de Caso

EE – Enfermeiro Especialista

EEC-ESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

EM – Entrevista Motivacional

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ET – Enfermeiro Tutor

LeS – Literacia em Saúde

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNLSCC – Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNU – Registo Nacional de Utentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu, especificamente no contexto da Unidade Curricular (UC): Estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF)/ Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) com relatório final. Esta UC decorreu numa UCSP, no período entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, totalizando 360 horas destinadas à modalidade de estágio, 20 horas à modalidade de seminário e 40 horas à modalidade de orientação tutorial.

Em 1978, a 1ª. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP) realizada em Alma-Ata, introduziu o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, indo além da simples ausência de doença. Posteriormente, em 1986, a Carta de *Ottawa* reforçou a saúde como um direito humano fundamental e um recurso essencial para o desenvolvimento comunitário. Estes eventos históricos moldaram políticas e estratégias globais voltadas para a educação em saúde, com foco na prevenção e no controlo das doenças mais prevalentes, promovendo a autonomia dos cidadãos e, conseqüentemente, níveis elevados de saúde (Figueiredo, 2023).

Mundialmente, a doença crónica impõe uma carga significativa em termos de morbimortalidade, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e elevando os custos nos sistemas de saúde, o que pode ameaçar a sua sustentabilidade a longo prazo. Muitos desses problemas são atribuídos a fatores de risco modificáveis, o que torna a promoção da saúde e a prevenção da doença uma prioridade. Sendo as doenças crónicas as mais prevalentes e onerosas, a literacia em saúde emerge como um elemento crucial para a prevenção e para a adesão a planos de tratamento, com impacto direto dessas condições (Mingote, Mingote, Ferreira, Sousa & Rodrigues, 2024).

Entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento de doenças crónicas, os comportamentais, relacionados com o estilo de vida e os comportamentos de saúde, são particularmente relevantes por serem modificáveis. Assim, as políticas de saúde direcionam-se para a promoção de escolhas saudáveis, a redução de fatores de risco e a gestão proativa da

saúde. A adoção dessas medidas é essencial para diminuir a prevalência e melhorar o controlo destas doenças (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2006).

A literacia em saúde, definida como a capacidade de adquirir, compreender e utilizar informações para tomar decisões informadas sobre a própria saúde, desempenha um papel central na capacitação da pessoa para gerir a sua condição de saúde e adotar comportamentos saudáveis. Este conceito tem ganho destaque nas políticas de saúde globais, dada a sua correlação com melhores resultados em saúde e a sua contribuição para o bem-estar tanto individual quanto para os ganhos no sistema de saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2019).

Em Portugal, as doenças crónicas também representam uma elevada prevalência e mortalidade. As políticas nacionais de saúde focam-se na prevenção e no controlo dessas doenças, sendo a literacia em saúde um dos pilares estratégicos para promover a capacitação das pessoas na gestão da sua saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023). No contexto do envelhecimento populacional, onde se verifica uma maior prevalência das doenças crónicas, destaca-se a importância de envolver as famílias no processo de promoção da literacia em saúde, uma vez que os familiares desempenham um papel significativo no suporte e na tomada de decisões em saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2019).

Assim, a escolha da temática “A Família e a Literacia em Saúde na Autogestão da Doença Crónica: estudo de casos múltiplos” do presente relatório, é justificada pela necessidade crescente de promover a autonomia e o bem-estar das populações, especialmente no contexto do envelhecimento e do aumento da prevalência das doenças crónicas. Este estudo alinha-se com os objetivos do Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC) 2023-2030 e do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006), ao contribuir para a capacitação das pessoas na autogestão da sua própria saúde, com impacto positivo na qualidade de vida e nos ganhos em saúde.

O PNLSCC 2023-2030 reconhece a importância de dotar os cidadãos com competências para aceder, compreender e aplicar informações de saúde de forma eficaz. O objetivo é promover a adoção de comportamentos mais saudáveis e facilitar a autogestão das condições de saúde, aspeto particularmente relevante no contexto do envelhecimento populacional.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) já dedicava especial atenção a esse grupo etário, sublinhando a importância de promover um envelhecimento ativo,

adequar os cuidados às necessidades dessa população e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores, garantindo que possam manter-se ativas, saudáveis e autónomas pelo maior tempo possível, mesmo quando convivem com doenças crónicas. A articulação entre os dois planos é clara: a promoção da literacia em saúde ao longo do ciclo vital é fundamental para uma autogestão eficaz das doenças crónicas, especialmente entre a população idosa, que enfrenta maiores desafios nesta área.

A investigação proposta contribuirá para o desenvolvimento de práticas que possam melhorar a saúde das pessoas e famílias com membros portadores de doenças crónicas e apoiar a implementação dos objetivos traçados nos dois planos, promovendo uma sociedade mais saudável, informada e capacitada para enfrentar os desafios da longevidade e da gestão das doenças crónicas.

No que diz respeito à estrutura deste trabalho, este encontra-se organizado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo é dedicado à caracterização do contexto clínico onde decorreu o estágio, proporcionando uma visão detalhada do enquadramento em que foram desenvolvidas as atividades.

O segundo capítulo descreve e reflete os contributos das atividades realizadas para a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - área da Saúde Familiar (EEEC-ESF) e das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE).

O terceiro capítulo centra-se nas atividades realizadas, integrando um enquadramento teórico fundamentado em evidências científicas. Este permite a explanação de conceitos essenciais para a prestação de cuidados, apresentando os referenciais teóricos utilizados e a relevância do tema abordado. Justificam-se as decisões tomadas e as atividades realizadas com base na literatura existente. Este capítulo inclui ainda a metodologia adotada, abordando o planeamento metodológico, a justificação do tema, os objetivos do estudo, o tipo de investigação, a definição da população e da amostra, os métodos de recolha de dados e as questões éticas envolvidas. Adicionalmente, descrevem-se as atividades realizadas, com particular enfoque na avaliação e intervenção realizadas com as famílias, seguidas de uma análise e discussão dos resultados obtidos.

Por último, o quarto capítulo apresenta as conclusões, sintetizando os principais achados do estudo e as suas implicações para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar.

O planeamento temporal das atividades inerentes ao desenvolvimento do presente estudo encontra-se devidamente apresentado no Apêndice I, permitindo uma análise estruturada e pormenorizada das etapas e ações realizadas.

1. Caracterização do Contexto Clínico

Neste capítulo, pretende-se caracterizar o local onde foi realizada a “Opção 6 - Estágio profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final”. Essa caracterização é essencial para uma melhor compreensão da escolha da temática, bem como das atividades desenvolvidas durante o período em questão, as quais foram fundamentais para o desenvolvimento das competências específicas do EEEC-ESF.

Segundo Wanda Horta, a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) na satisfação das suas necessidades básicas, de o tornar independente desse apoio, sempre que possível, através do ensino do autocuidado, e de recuperar, manter e promover a sua saúde. Ou seja, a enfermagem é uma ciência voltada para o ser humano, com foco na prática, fundamentada na relação entre enfermeiro e a pessoa no processo de cuidar (Horta, 1974). Esse processo envolve uma intervenção terapêutica relacional, visando promover o crescimento pessoal e a autonomia da pessoa. Com uma abordagem holística e multifacetada, a enfermagem abrange não apenas os cuidados físicos, mas também os aspetos culturais, emocionais e sociais da pessoa e família.

Neste seguimento a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, destaca a importância da dignidade humana, empatia, compaixão e das relações interpessoais entre o enfermeiro e as pessoas, visando alcançar um cuidado holístico, que considere a pessoa na sua totalidade (Watson, 2023). Aplicando os princípios desta teoria, ao contexto específico da capacitação para a autogestão da doença crónica, baseamo-nos na premissa de que o cuidado é fundamentalmente humano e transcende a simples execução de técnicas e procedimentos. O enfermeiro, nas suas relações de cuidado, é reconhecido como coparticipante do processo e a sua presença e autenticidade, facilitam uma postura receptiva para observar, escutar e honrar cada pessoa e família com dignidade (Evangelista, Lopes, Nóbrega, Vasconcelos & Viana, 2020).

A realização de um estágio profissional em enfermagem com supervisão, permite refletir sobre o papel do enfermeiro enquanto profissional, possibilitando a aplicação prática do conhecimento adquirido. Os enfermeiros ao encontrarem soluções para os problemas que surgem, num processo de reflexão na ação e reflexão sobre a ação, estão a construir um

conhecimento próprio da enfermagem. Quando esse conhecimento é sistematizado - através da reflexão sobre a reflexão na ação -, partilhado e validado pelos seus pares, transforma-se em ciência de enfermagem (Queirós, 2016).

1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Primários

A UCSP onde foi realizado o estágio é uma das unidades da Unidade Local de Saúde da Guarda. O concelho de Seia, localizado no distrito da Guarda, situa-se na Região Centro e na Serra da Estrela. É delimitado a oeste por Oliveira do Hospital (distrito de Coimbra), a sul pela Covilhã (distrito de Castelo Branco), a este pelo concelho de Manteigas e a norte e nordeste pelo concelho de Gouveia. A população que reside na área de influência da UCSP de Seia é de 21.755 habitantes (valor referente aos censos de 2021) e a população inscrita na UCSP é de 21.367 utentes, o que permite concluir que existem algumas pessoas que não se encontram inscritas nesta UCSP.

A UCSP de Seia é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais. Toda a sua carteira de serviços está disponibilizada aos utentes inscritos residentes no concelho em que se insere.

As áreas de atuação e intervenção da UCSP estão em alinhamento com Portugal, Portaria nº 1368/2007 (2007), que define a carteira básica de serviços das USF/UCSP e com o Plano Nacional de Saúde:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida: Saúde geral, Saúde da mulher, Saúde infantojuvenil, Saúde do adulto e do idoso;
- Cuidados em situação de doença aguda;
- Acompanhamento clínico de situações de doença crónica e patologia múltipla;
- Prestação de cuidados no domicílio;
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de “gestor de saúde” da pessoa.

A UCSP de Seia tem como missão a prestação de cuidados de saúde primários, personalizados, à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção da

doença, tratamento e reabilitação. No que concerne à visão, pretende ser reconhecida, pelos utentes, colaboradores e demais entidades, como um serviço de saúde de qualidade, que garanta cuidados de saúde aos seus utentes ao longo do ciclo vital, pautando-se por rigorosos princípios de eficiência e responsabilidade. Em relação aos valores no desenvolvimento da sua atividade, destaca-se o humanismo, a equidade, a cooperação, ética e deontologia profissional, e o rigor (Serviço Nacional de Saúde - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2024).

De acordo com a Base de Dados Nacional do Registo Nacional de Utentes (RNU), referente ao mês de agosto de 2024, a UCSP de Seia tinha 21.367 utentes inscritos, dos quais 18.592 com médico/enfermeiro de família, 2.769 sem médico/enfermeiro de família atribuído e 6 optaram por não ter médico/enfermeiro de família, conforme representado na figura 1. Os utentes inscritos correspondem a 31.240,50 unidades ponderadas, que refletem uma forma de ponderar os utentes de acordo com as suas necessidades específicas (idade, condições de saúde e necessidades específicas). O cálculo das unidades ponderadas tem como objetivo a distribuição de recursos (tempo de consulta médica, cuidados de enfermagem e outros serviços), garantindo que estes sejam utilizados de forma eficiente e justa, contribuindo para um avanço substancial na saúde da comunidade.

A pirâmide etária da UCSP (figura 1) apresenta-se do tipo regressivo, com uma base estreita em relação ao topo, o que evidencia uma baixa natalidade, confirmando a tendência nacional de envelhecimento da população. Observa-se relativa igualdade em relação ao género (n=10.116 masculino; n=11.251 feminino), sendo a população mais representativa na pirâmide a população idosa, com maior incidência nos grupos etários iguais ou superiores a 65 anos de idade, semelhante ao cenário nacional. A população ativa (com idades entre os 45 e os 64 anos), corresponde a 6.005 utentes, representando 28.1% e os idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) são 7.483, representando 35 % da população inscrita.



Figura 1 - Pirâmide etária dos cidadãos inscritos na UCSP, número de utentes inscritos, número de utentes por grupos específicos, índice de dependência, unidades ponderadas e distribuição das inscrições nos CSP

Fonte: Serviço Nacional de Saúde - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024, 10 de outubro). *Distribuição das inscrições nos CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2091200/Pages/default.aspx>

A UCSP de Seia é constituída pela sede principal e por 8 polos assistenciais, localizados em diversas freguesias do concelho. Trata-se de uma equipa multidisciplinar composta por 11 médicos de Medicina Geral e Familiar e 11 enfermeiros. Concretamente, no polo de Paranhos da Beira, local onde realizei o estágio, a equipa é composta por 2 médicos, 2 enfermeiras (uma das quais EEEC-ESF), 2 secretários clínicos e 1 assistente operacional.

O polo está dividido em duas grandes zonas, a zona assistencial onde circulam os utentes, mediante circuito próprio, onde se localizam os gabinetes de prestação dos cuidados de saúde e administrativos (secretaria; sala de espera; dois gabinetes médicos; 2 gabinetes de enfermagem e WC para utentes) e a zona não assistencial de acesso exclusivo aos profissionais (armazém de material; copa e WC para funcionários). Quanto ao horário de funcionamento, a unidade está aberta nos dias úteis, entre as 9 horas e as 17 horas.

Os princípios de organização da UCSP estão centrados no cidadão, sendo que sempre que possível, de acordo com os direitos dos utentes, a cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família, privilegiando-se a estrutura familiar, e a cada família, um enfermeiro. Um médico, uma enfermeira e uma secretária clínica formam uma micro equipa responsável por uma lista de utentes em comum. Todos os contactos presenciais dos cidadãos com a UCSP são estabelecidos através do secretariado clínico, e os cuidados a prestar são preferencialmente

agendados para um dia e uma hora, de acordo com a disponibilidade do respetivo médico ou enfermeiro de família, sem prejuízo dos serviços mínimos e da acessibilidade do cidadão.

1.2. Caracterização Sociodemográfica da Lista de Utentes do Enfermeiro Tutor

A caracterização da lista de utentes consistiu no estudo da população inscrita na lista do enfermeiro tutor (ET) e na análise da prevalência de doenças crónicas. Esta visão geral da lista proporciona ao EEEC-ESF um conhecimento aprofundado do perfil da população a quem presta cuidados, permitindo-lhe antecipar e contextualizar padrões comportamentais e epidemiológicos. Desta forma, é possível delinear estratégias de intervenção e trabalho mais precisas, visando a máxima adequação e equidade na prestação de cuidados de saúde.

A lista de utentes do ET, analisada em outubro de 2024, era composta por 1336 utentes. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), cada enfermeiro de família deve acompanhar em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica, atendendo às orientações emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A norma para o cálculo de dotações seguras em cuidados de enfermagem da OE – recentemente aprovada em Assembleia Geral – define como limite máximo o acompanhamento de 1.550 utentes por enfermeiro, garantindo a segurança dos cuidados prestados às famílias e assegurando dotações adequadas nos serviços (Portugal, Regulamento n.º 743/2019). Os dados foram extraídos através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF).

Em outubro de 2024, a lista do ET era constituída por 1336 utentes, dos quais 664 do género masculino e 672 do género feminino. A pirâmide etária, apresentada na figura 2, ilustra a distribuição dos utentes por género e grupos etários.

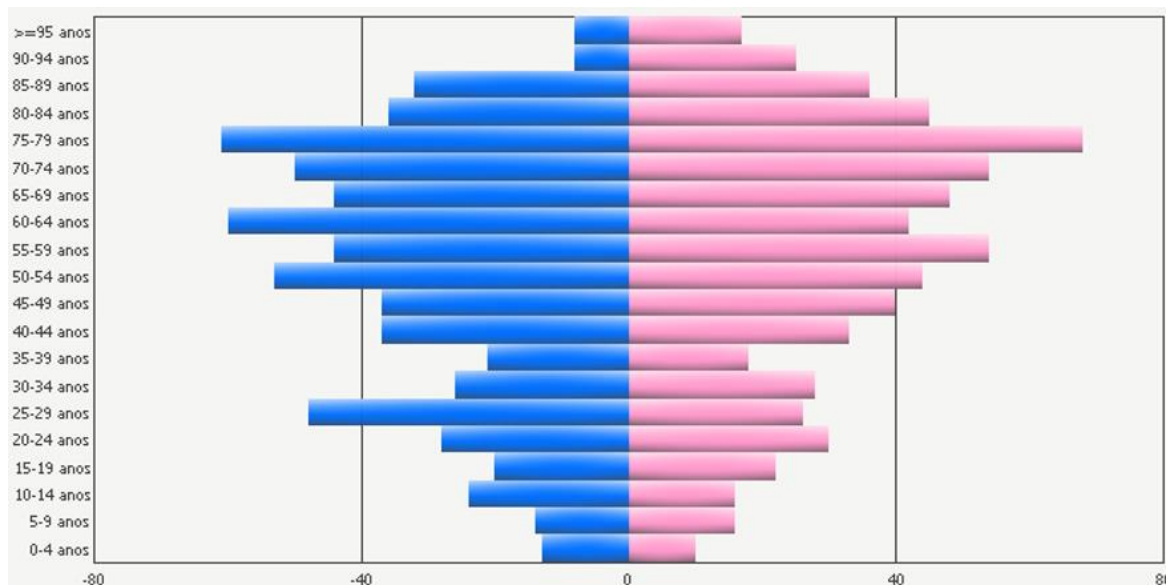


Figura 2 - Pirâmide etária dos cidadãos inscritos na lista da ET, por género e grupo etário

Fonte: MIM@UF (30/10/2024)

A pirâmide etária analisada apresenta um formato regressivo, caracterizado por uma base mais estreita, reflexo da redução da taxa de natalidade, e um topo mais largo, indicando um aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, um envelhecimento populacional. Aproximadamente de 39,82% dos inscritos são idosos e cerca de 10,10% têm idade igual ou inferior a 19 anos. A restante percentagem da população, cerca de 50,07%, encontra-se em idade ativa. Observa-se, ainda, que a população feminina predomina de forma discreta em quase todas as faixas etárias.

Os dados recolhidos no MIM@UF indicam que esta lista de utentes da ET é composta por 598 famílias (figura 3). A lista de utente da ET está em conformidade com as dotações seguras definidas pela OE, que preconiza um limite máximo de 1.550 utentes ou 350 famílias por cada enfermeiro (Portugal, Regulamento n.º 743/2019).

As 598 famílias distribuem-se da seguinte forma: 259 famílias com 1 membro, 184 famílias com dois membros, 82 famílias com 3 membros, 59 famílias com 4 membros, 11 famílias com 5 membros e 3 famílias com 6 membros. Não existem famílias com mais do que 6 membros. Este panorama demográfico reforça a necessidade de adequação dos cuidados de enfermagem às diferentes composições familiares.

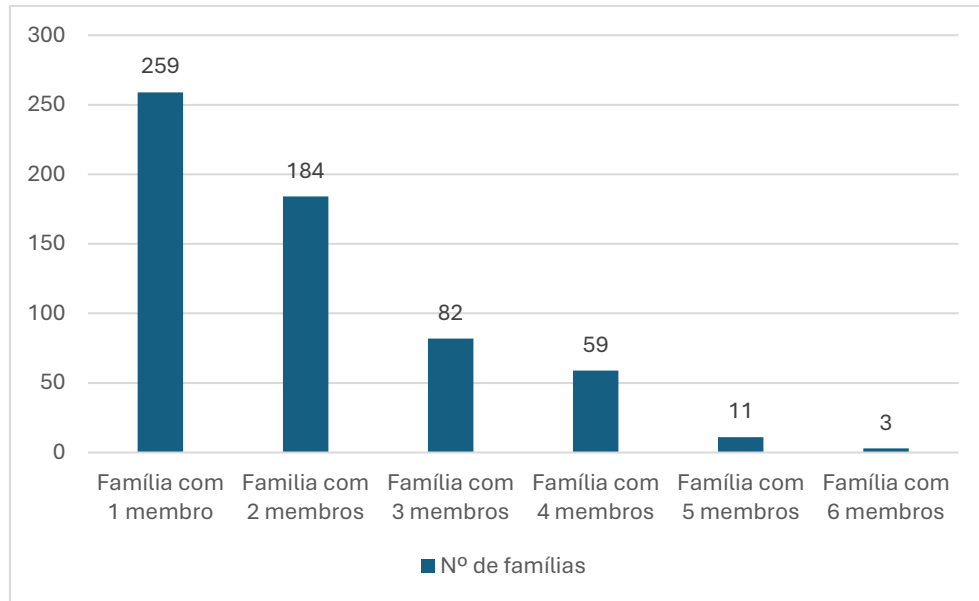


Figura 3 - Contagem de famílias por número de elementos por família

Fonte: MIM@UF (20/11/2024)

No que diz respeito aos principais problemas de saúde ativos entre os utentes, a identificação das condições mais prevalentes é essencial para uma gestão eficiente dos cuidados e para a planificação das consultas de forma direcionada e personalizada. Entre os problemas mais frequentes destacam-se: alteração do metabolismo dos lípidos (371 utentes), hipertensão sem complicações (344 utentes), síndrome vertebral com irradiação de dores (206 utentes), distúrbio ansioso/ estado de ansiedade (196 utentes), excesso de peso (183 utentes), alterações funcionais do estômago (167 utentes), infecção aguda do aparelho respiratório (157 utentes), diabetes mellitus não insulino-dependente (154 utentes), osteoartrose do joelho (140 utentes) e obesidade (138 utentes).

A análise dos dados evidencia que a maioria dos problemas de saúde identificados está diretamente associada aos estilos de vida adotados (alterações do metabolismo dos lípidos, excesso de peso, obesidade, hipertensão sem complicações, Diabetes *Mellitus* (DM) não insulino-dependente). Este cenário ressalta o papel essencial dos cuidados de enfermagem na avaliação abrangente da unidade familiar, com ênfase na promoção da saúde.

A intervenção dos enfermeiros deve ser direcionada para a educação e capacitação das pessoas, promovendo mudanças comportamentais e prevenindo o surgimento de complicações futuras. Estas ações contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida, tanto a nível individual quanto familiar, fortalecendo a adoção de hábitos saudáveis e sustentáveis.

2. Contributos para o Desenvolvimento de Competências

Neste capítulo pretendeu-se realizar uma análise crítico-reflexiva sobre os contributos que as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios tiveram para a aquisição das competências comuns do EE, centradas nos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento nº 140/2019) e das competências específicas do EEEC-ESF, nomeadamente, cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (Portugal, Regulamento nº 428/2018).

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

- Responsabilidade profissional, ética e legal

O exercício profissional do enfermeiro especialista exige um compromisso inalienável com padrões éticos e legais, intrinsecamente ligados à sua área de especialização. Compete a este profissional desenvolver uma prática alicerçada na segurança, no rigor técnico e nos princípios éticos, sustentada por um corpo de conhecimento que integra fundamentos éticos, deontológicos e metodologias de avaliação sistemática das melhores práticas, em consonância com as preferências e necessidades da pessoa e família. Neste sentido, é imperativo promover-se intervenções que respeitem integralmente os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assumindo-se uma postura proativa na gestão de situações suscetíveis de comprometer a integridade ou os interesses das pessoas sob a sua responsabilidade.

A concretização do domínio ético e deontológico foi demonstrada pela implementação de práticas clínicas que privilegiaram o respeito pelas singularidades pessoais, familiares e sociais das famílias e profissionais envolvidas. A confidencialidade das informações foi salvaguardada de forma rigorosa, e a autonomia das famílias, assim como as suas preferências, foi reiteradamente colocada no centro do processo de cuidados. Este compromisso traduziu-se, entre outros exemplos, na atribuição de nomes fictícios às famílias e aos seus membros, e na

adoção de um modelo de interação pautado pela negociação e pela construção de parcerias ao longo de todo o processo de cuidados.

O EE deve, assim, adotar uma conduta orientada por princípios éticos de elevada exigência, assegurando a confidencialidade dos dados, o respeito pela autonomia e dignidade de cada indivíduo, e a prestação de cuidados que espelhem um sólido embasamento ético e científico.

Durante o percurso formativo, concretamente nos períodos de estágio, foram escrupulosamente consultadas e aplicadas as disposições legais que regulam a prática de enfermagem, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Código Deontológico do Enfermeiro. Estes referenciais normativos constituíram pilares fundamentais para uma atuação profissional que se distingue pela adesão ao rigor ético, legal e deontológico, indispensável ao exercício de enfermagem de excelência.

- Melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade emerge como um pilar essencial na garantia da excelência na prestação de cuidados de saúde, alicerçando-se na segurança, na qualidade dos serviços e em intervenções fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Esta abordagem é direcionada à maximização dos resultados para as pessoas e abrange transversalmente todas as áreas da prática de enfermagem.

No âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, destacam-se seis categorias descritivas que orientam a excelência profissional: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Estes princípios estruturantes oferecem um referencial claro para o desenvolvimento contínuo e sustentado da qualidade dos cuidados prestados. No domínio da promoção da saúde, as consultas de enfermagem de saúde familiar permitiram implementar estratégias específicas para enfrentar desafios como a obesidade infantil. Entre as intervenções desenvolvidas, destacaram-se o ensino sobre um padrão alimentar adequado e a promoção de estilos de vida saudáveis, envolvendo ativamente as famílias no processo educativo e motivacional. No que respeita à prevenção de complicações, foi atribuído particular relevo à vacinação, abrangendo crianças, adultos e idosos. Uma intervenção significativa foi o incentivo e a administração da vacina da gripe sazonal em pessoas idosas, contribuindo para a redução das complicações associadas a infeções respiratórias, especialmente nesta população mais vulnerável. Relativamente ao bem-

estar e autocuidados, as consultas de acompanhamento a pessoas com doenças crônicas demonstraram a relevância de capacitar as pessoas e as respectivas famílias para a autogestão da condição de saúde. No caso específico das famílias envolvidas neste estudo de investigação, as intervenções realizadas permitiram fomentar a autonomia na gestão da doença, prevenindo complicações e promovendo uma melhoria significativa na qualidade de vida.

Estas experiências ilustram de forma clara como a aplicação consistente dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem promove o desenvolvimento contínuo e sustentado da qualidade dos cuidados prestados, evidenciando um compromisso firme com a excelência profissional.

- Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados em enfermagem constitui uma prática central que visa garantir a prestação de cuidados eficientes, seguros e de elevada qualidade. Este processo compreende a coordenação e organização dos serviços de enfermagem, a alocação criteriosa de recursos humanos e materiais, o planeamento de cuidados individualizados e a promoção de uma abordagem multidisciplinar, alicerçada na colaboração entre os membros da equipa de saúde.

A otimização da prestação de cuidados foi assegurada através de um planeamento cuidadoso, execução fundamentada e avaliação rigorosa, em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar e em conformidade com os recursos disponibilizados pela UCSP. A gestão eficaz baseou-se no reconhecimento claro das funções autónomas e interdependentes dos membros da equipa, sustentada por uma base legal sólida, capacidade crítica, humildade para reconhecer limitações e abertura para explorar novas soluções. A proximidade da enfermeira à equipa multidisciplinar foi determinante para a resolução de problemas e para o fortalecimento da coesão e eficiência da equipa.

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais em enfermagem configura-se como um processo dinâmico e contínuo, englobando a aquisição e o aperfeiçoamento de conhecimentos, habilidades e competências essenciais ao exercício eficaz e seguro da profissão. Este processo inicia-se na formação e prolonga-se ao longo da trajetória profissional do enfermeiro.

A formação especializada em enfermagem, aliada à evidência científica, revela-se essencial para a prática clínica no contexto da enfermagem de saúde familiar (ESF). Durante o estágio, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver habilidades percetivas - fundamentais

para realizar observações precisas e relevantes no contacto com as famílias - e habilidades conceptuais, que permitem interpretar essas observações à luz dos contextos individuais e familiares específicos. Estas competências foram continuamente exercitadas através da análise das interações familiares e do impacto de fatores culturais, sociais e emocionais, garantindo intervenções adequadas e personalizadas a cada família.

Os estágios assumem um papel central no desenvolvimento destas competências, permitindo ao enfermeiro praticar intervenções, aperfeiçoar habilidades e ampliar a compreensão das interações familiares. O trabalho com famílias exige habilidades específicas, como a capacidade de observar simultaneamente múltiplas interações entre os membros da família e entre estes e o próprio enfermeiro. Esta visão sistémica é essencial para compreender a complexidade das dinâmicas familiares. A experiência de contacto com diferentes famílias, durante os estágios constituiu uma oportunidade valiosa para refletir sobre os fatores pessoais e situacionais que influenciam o processo de aprendizagem e a prestação de cuidados. Esta reflexão, complementada por uma partilha constante com enfermeiros mais experientes, revelou-se uma estratégia indispensável para o desenvolvimento profissional.

A escassez de profissionais especializados em ESF representa uma limitação significativa para a formação de novos EE. Esta área requer a aplicação de modelos teóricos próprios e um treino de competências específicas, essenciais para a abordagem sistémica e para a centralidade da família enquanto foco de cuidados.

Culminando na elaboração deste relatório, destaca-se a aplicação constante do pensamento crítico e reflexivo, a procura incessante de conhecimento científico e o diálogo com peritos da área, bem como um processo contínuo de autoanálise e autoavaliação. Estes elementos foram fundamentais para promover a melhoria pessoal e profissional, contribuindo para a excelência no exercício da enfermagem.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar

- 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

O cuidar da família enquanto unidade de cuidados, abrangendo cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, é uma competência

basilar do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Durante o estágio realizado na UCSP, esta competência foi consolidada através da implementação de práticas fundamentadas em referenciais teóricos, metodológicos e práticos, em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde (PNS).

As entrevistas familiares, conduzidas em contexto de consulta e em visitas domiciliares, assumiram um papel preponderante na construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e respeito mútuo. A perspectiva sistémica foi integrada como elemento central e desafiador, permitindo observar a família não como um conjunto isolado de pessoas, mas como uma rede complexa de interações, padrões comportamentais e valores compartilhados. Esta abordagem revelou-se essencial para compreender o impacto recíproco das dinâmicas familiares na vida de cada membro e, simultaneamente, para identificar os recursos e os desafios inerentes ao sistema familiar.

Ao longo deste processo, foi estabelecido um compromisso contínuo de autoavaliação e reflexão crítica, com o objetivo de aperfeiçoar as interações e intervenções subsequentes. A relação terapêutica foi enriquecida por um diálogo aberto e autêntico, respeitando o funcionamento único de cada família e capacitando os seus membros para reconhecerem as suas forças, identificarem as suas necessidades e procurarem soluções eficazes, orientados pelas ferramentas e estratégias apreendidas.

As entrevistas de ESF, foram estruturadas em quatro etapas: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização, permitindo uma abordagem sequencial e personalizada às necessidades de cada família. Na etapa de acolhimento, priorizou-se a criação de um ambiente de proximidade e segurança, através do uso de uma linguagem ajustada às especificidades culturais e sociais das famílias, bem como de técnicas verbais e não-verbais, como escuta ativa, neutralidade e reformulação. Este momento inicial possibilitou a identificação das forças familiares e sensibilizou os seus membros para a importância da cooperação no cuidado. A avaliação familiar, suportada por instrumentos como o genograma e o ecomapa, possibilitou uma análise abrangente da estrutura, vínculos e interações familiares, bem como das forças e recursos disponíveis. Por exemplo, em famílias com membros em transição para a fase do envelhecimento, foi identificado o impacto de eventos como a saída dos filhos de casa ou o início da reforma. Estas mudanças, muitas vezes acompanhadas por doenças crónicas, requerem adaptações que desafiam a dinâmica familiar. A aplicação da Escala de *Graffar* foi essencial para identificar fatores de risco, como baixo nível socioeconómico, que poderiam comprometer a gestão da saúde familiar. Na etapa de intervenção, destacou-se a promoção da autonomia

familiar através da construção conjunta de planos de ação. De uma forma geral, o recurso aos instrumentos de avaliação familiar – ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), à Entrevista Familiar Sistêmica (EFS), à Entrevista Motivacional (EM) e às técnicas transversais e específicas, possibilitou a compreensão da estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar, bem como explorar sintomas e dinâmicas que poderiam influenciar a saúde. A referenciação de famílias para outros profissionais ou instituições, quando necessário, potenciou os resultados em saúde, promovendo o acesso a níveis diferenciados de cuidados e a maximização dos recursos disponíveis.

Todas as intervenções consideraram as necessidades específicas do ciclo vital familiar. Por exemplo, em famílias com crianças pequenas, a ênfase foi colocada na promoção de hábitos de vida saudáveis e na prevenção de doenças, incluindo a adesão ao programa de vacinação preconizado pelo PNS. Em contrapartida, em famílias em fase de envelhecimento, as prioridades recaíram sobre o controlo de doenças crónicas, a prevenção de quedas e o fortalecimento da rede de apoio social.

As intervenções foram sustentadas por um pensamento crítico e reflexivo, apoiado em referenciais teóricos como o MDAIF, o Modelo das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. A leitura e aplicação da mais atual evidência científica, aliada aos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros e aos programas prioritários do PNS, garantiu que as práticas implementadas respondessem não apenas às necessidades imediatas das famílias, mas também promovessem mudanças sustentáveis e melhorias significativas na sua qualidade de vida.

A finalização de cada entrevista familiar foi cuidadosamente estruturada para incluir o resumo das informações discutidas e a avaliação das intervenções implementadas, garantindo um acompanhamento contínuo e sistematizado. Este momento constituiu também uma oportunidade valiosa para esclarecer dúvidas, reforçar a literacia em saúde dos membros da família e agendar novas consultas de enfermagem, assegurando a continuidade e a personalização dos cuidados prestados.

A monitorização das respostas familiares foi formalizada através do sistema SClínico-CSP®, reconhecendo, porém, as suas limitações na avaliação e documentação dos cuidados às famílias. Apesar de os sistemas de informação desempenharem um papel crucial na colheita, armazenamento, análise e na disseminação de dados relevantes para a prestação de cuidados de saúde, o SClínico-CSP® revela a escassez de critérios específicos para o Programa de Saúde da Família comprometendo a precisão dos diagnósticos e a eficácia das intervenções. Este

desafio revela a necessidade de uma reformulação no sentido de potenciar a formalização e a avaliação das respostas e, imperativamente, reformular os indicadores de desempenho contratualizados, com foco na integração de métricas que reflitam ganhos em saúde familiar.

A prática de cuidar da família enquanto unidade de cuidados revelou-se uma experiência transformadora, evidenciando o impacto de uma abordagem holística, reflexiva e personalizada. Alinhando-se aos referenciais teóricos e regulamentares da ESF, este percurso promoveu a autonomia, a saúde e o bem-estar das famílias, reforçando o papel do EE como facilitador de mudanças significativas no âmbito dos cuidados em saúde.

- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

O desenvolvimento da competência de liderança e colaboração em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar exige a articulação eficaz entre equipas de saúde e a mobilização estratégica de recursos que assegurem a qualidade e a continuidade dos cuidados às famílias. Durante o estágio na UCSP, esta competência foi promovida através de práticas interdisciplinares que colocaram as necessidades das famílias no centro do planeamento e execução das intervenções. A colaboração intra e interdisciplinar revelou-se crucial para a referenciação de famílias e seus membros para outros profissionais de saúde, promovendo uma visão integrada e multidimensional dos cuidados. Momentos de diálogo e reflexão conjunta foram desenvolvidos com o médico de família, assistentes técnicos, técnica de serviço social e a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, sempre respeitando o consentimento e a privacidade das famílias. Esta abordagem permitiu melhorar a orientação dos membros familiares dentro do sistema de saúde e contribuir para mudanças organizacionais que elevaram a qualidade dos serviços prestados.

No âmbito da promoção de uma cultura organizacional voltada para a formação, prática e investigação, foi realizada uma formação em serviço direcionada à equipa de enfermeiros da UCSP. Este momento focou-se na utilização das tecnologias de informação, com o objetivo de dar visibilidade e consistência aos cuidados de ESF. Foi promovida uma discussão reflexiva sobre a utilização do sistema de informação SClínico-CSP® e as lacunas na documentação de cuidados às famílias, com destaque para o Programa de Saúde da Família. Identificou-se que a ausência de documentação consistente compromete a qualidade e eficácia dos cuidados, dificultando a avaliação e a tomada de decisões quanto à continuidade dos cuidados prestados às famílias. Para colmatar esta lacuna, realizei uma sessão formativa (Apêndice II) que orientou os profissionais para a melhoria contínua na utilização do sistema de registos, contribuindo para

a melhoria da prática clínica e para a obtenção de resultados mais efetivos em saúde familiar. Esta iniciativa possibilitou a integração de registos clínicos padronizados e orientados para os objetivos do Programa de Saúde da Família, assegurando que todos os cuidados fossem devidamente documentados e passíveis de avaliação.

A participação em eventos científicos representou um contributo significativo para a atualização de conhecimentos e a reflexão crítica sobre a prática de ESF. Destaca-se o envolvimento como membro da comissão organizadora da Série de Workshops “Temas de Humanização em Enfermagem”, promovida pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, que teve lugar na Escola Superior de Saúde de Viseu nos dias 21 e 22 de novembro de 2024. Esta experiência não apenas permitiu a organização de um espaço de diálogo e partilha sobre a humanização nos cuidados, mas também reforçou a relevância de integrar abordagens éticas e humanistas na prática clínica. Adicionalmente, a participação no II Congresso Internacional - A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar, promovido pela mesma instituição nos dias 30 e 31 de janeiro, proporcionou um ambiente propício para o debate sobre as práticas e os desafios emergentes na área. Estes eventos destacaram a centralidade da interdisciplinaridade na abordagem às famílias, bem como a utilização de estratégias para otimizar o cuidado familiar. Ambas as experiências contribuíram para uma visão ampliada sobre os avanços na enfermagem, permitindo explorar estratégias que integram inovação, humanização e colaboração no âmbito da prática clínica. Estas oportunidades consolidaram a importância de uma prática reflexiva e baseada na evidência, promovendo um cuidado mais holístico e adaptado às necessidades das famílias.

A expansão de competências durante o estágio foi marcada pela aquisição de novos e fundamentados *insights* e pelo aperfeiçoamento de habilidades de comunicação, tanto verbal quanto escrita. Estas competências foram essenciais para consolidar uma prática de ESF especializada, dinâmica e flexível, que respondeu eficazmente às necessidades das famílias em momentos de transição. A liderança exercida no planeamento e na execução das intervenções, aliada à colaboração com diferentes profissionais e ao uso estratégico de ferramentas tecnológicas, contribuiu para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados. Este enfoque personalizado promoveu a saúde familiar de forma holística, reforçando a capacidade das famílias de lidar com os desafios e transições vivenciadas ao longo ciclo vital e, simultaneamente, assegurou a sustentabilidade das práticas desenvolvidas.

3. Atividades Realizadas

3.1. Enquadramento Teórico

Este capítulo tem como objetivo relatar a evolução da saúde familiar, e, por conseguinte, da enfermagem de saúde familiar, assim como indagar sobre a evidência do papel do enfermeiro de família na prestação de cuidados de enfermagem à família, cujos membros são portadores de uma ou mais doenças crónicas.

3.1.1. Família, Saúde Familiar e Enfermagem de Saúde Familiar

O conceito de família tem sido estudado por um vasto número de disciplinas e abordado de formas variadas por diferentes autores, refletindo a complexidade e a diversidade das relações familiares. Devido a essa complexidade, há uma grande variedade de definições sobre o tema. As mudanças ocorridas nas últimas décadas na sociedade implicaram alterações na estrutura e organização familiares, associadas a transformações sociodemográficas que geraram novas necessidades de saúde. Reconhecida como a unidade de conduta social mais significativa da sociedade, a família tem passado por mudanças consideráveis, tanto no seu desenvolvimento estrutural quanto nas suas funções e interações, sejam elas internas ou com a comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

A família enquanto unidade sistémica com funções sociais, continua a ser um espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros. A definição de família proposta por Gameiro (1994) enfatiza o pressuposto da globalidade, ao afirmar que as relações que traduzem a complexidade da família englobam sentimentos e comportamentos que não podem ser compreendidos com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos de forma isolada.

Numa outra perspetiva, a família é reconhecida como um conjunto de indivíduos que estabelecem interações sistemáticas e organizadas, conferindo-lhe individualidade grupal e autonomia. Relvas (2000), propõe que a família seja compreendida como um sistema integrado, composto por diversos subsistemas. Entre os principais encontram-se: o subsistema conjugal, que envolve o casal e influencia toda a estrutura familiar; o subsistema parental, responsável

pela educação dos filhos; e o subsistema fraternal, que se refere às interações entre irmãos, constituindo o primeiro espaço de socialização.

Segundo Alarcão & Gaspar (2007), perante a diversidade de configurações familiares, cada vez mais evidentes na atualidade, a definição sistémica de família remete para duas funções essenciais ao seu desenvolvimento: a função interna, responsável pela proteção e manutenção do sentimento de pertença dos seus membros, e a função externa, que assegura a integração social e cultural dos indivíduos, promovendo a autonomia necessária para o seu crescimento saudável.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), ferramenta essencial para padronizar a terminologia nos cuidados de enfermagem a nível global a família é compreendida como um “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses, 2019). Assim, é plausível afirmar que a família é uma fonte de apoio, segurança, aceitação e compreensão, proporcionando um ambiente no qual os seus membros desenvolvem hábitos saudáveis. Para que o bem-estar entre os integrantes seja alcançado, é fundamental que haja aceitação e respeito mútuo. Corroborando Figueiredo (2023, p. 94), “a família deverá possibilitar o crescimento e autonomização dos seus membros, simultaneamente à criação de um sentimento de pertença, representando estas tarefas a função interna da família.”. O sistema de valores desenvolvido pela família, expresso nas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, também influencia os processos de saúde, podendo ou não favorecer comportamentos promotores de saúde.

A Saúde Familiar é um estado subjetivo caracterizado pelo conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família (Shivalli, Majra, Akshaya, & Qadiri, 2015). Assim, é vista sob a perspetiva do bem-estar familiar, envolvendo processos de retroalimentação, que ocorrem num *continuum*, enquanto a estrutura do sistema familiar passa por transformações. Apesar dessas mudanças, a organização familiar é mantida, permitindo o seu desenvolvimento como uma sequência contínua. O conceito de saúde familiar tem evoluído ao longo do tempo, fundamentado em diferentes paradigmas de análise, como o antropológico, biológico, social, religioso, cultural, além da própria ciência da família. Nesse contexto, é importante que os enfermeiros aprofundem a sua compreensão sobre o que significa, para eles, a saúde da família (Martins, 2023). Segundo Figueiredo (2023), a saúde familiar engloba “...a saúde de cada membro individualmente, bem como os aspetos do funcionamento familiar, de

tal forma que a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos membros”.

As rotinas de saúde de uma família refletem, através de comportamentos, crenças e valores, os conhecimentos individuais sobre saúde. Esses conhecimentos estão relacionados com diversas práticas, como hábitos alimentares, padrões de sono e repouso, atividade física, comportamentos de proteção e segurança, além da utilização dos serviços de saúde. Assim, a informação está integrada nas rotinas de saúde familiar, usada nas necessidades concretas, com os recursos adequados e ajustada aos valores de cada família (Figueiredo, Guedes & Lebreiro, 2023).

A saúde familiar não se limita à ausência de doença ou de disfunções em algum aspecto da vida da família. Segundo Figueiredo (2023), trata-se de um “processo dinâmico de ajustamento coevolutivo dos padrões transacionais que num contexto ecossistêmico são mediados pelos processos adaptativos inerentes às mudanças decorrentes de transições normativas e acidentais”. Autores como Kaakinen e colaboradores (2018) identificaram características comuns às famílias saudáveis, categorizando-as em fatores como unidade e empenho, tempo compartilhado, flexibilidade e capacidade de lidar com o stress, bem-estar espiritual, comunicação, apreciação e afeto (citado por Figueiredo et al, 2023). Portanto, o conceito de saúde familiar está associado à capacidade de a família desenvolver as suas funções com flexibilidade, possibilitando a redefinição dos objetivos e fornecendo os meios necessários para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros (Martins, 2023).

A saúde das famílias é influenciada por diversos fatores que determinam o seu desenvolvimento, funcionamento e os processos familiares. Além disso, as políticas de saúde e proteção social, nos diferentes níveis global, regional e local, também podem influenciar positiva ou negativamente a saúde familiar. O acesso equitativo aos serviços de saúde, com qualidade e responsabilidade, é essencial, sendo necessário que haja uma liderança comprometida dos profissionais e uma colaboração ativa com as famílias. A capacidade de a família aceder e usar os serviços de saúde é um fator determinante na manutenção e desenvolvimento da saúde familiar (Figueiredo et al., 2023).

A promoção da saúde familiar é um processo dinâmico e multidimensional, que interage com esses determinantes. A Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI, destaca a promoção da saúde como um investimento valioso e um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. A promoção da saúde é um instrumento de poder (*empowerment*)

das pessoas e das famílias para um melhor controlo sobre a sua saúde e para melhorá-la (capacitação) (Lopes, Saraiva, Fernandes, & Ximenes, 2010).

Promover a saúde familiar implica fortalecer as famílias, capacitando-as para serem ativas na construção e desenvolvimento do seu projeto de saúde, maximizando o seu potencial de bem-estar. Além disso, é crucial que as famílias sejam preparadas para desenvolver estratégias que promovam a sua funcionalidade enquanto unidade, e permitam dar respostas às necessidades individuais de cada membro (Lopes et al., 2010).

Os cuidados de enfermagem à família como unidade têm-se desenvolvido nos últimos anos em Portugal, particularmente com a criação e regulamentação do curso que habilita a atribuição do título profissional de EEEEC-ESF, pela OE. O papel do EEEEC-ESF tem sido enfatizado pela OE, ao considerá-lo como o eixo estruturante no acesso e prestação de cuidados no âmbito dos CSP, destacando o seu contributo para a ligação entre a família, a equipa de saúde e os recursos da comunidade (Portugal, Regulamento n.º 428/2018). Este reconhecimento também se reflete nas políticas organizativas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente no regime jurídico das USF, que determina que os enfermeiros que compõem essas unidades devem possuir o título de especialista em ESF (Portugal, Decreto-lei n.º 73/2017).

O perfil de competências atual está descrito em Portugal, Regulamento n.º 428/2018 (2018), e reitera que o EEEEC-ESF considera a família como unidade de cuidados, tendo em conta tanto a relação entre a saúde individual dos membros como a saúde da família na sua globalidade. Para tal, aplica conhecimentos na avaliação e intervenção familiar, considerando não só as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, como também as forças e as necessidades das pessoas que a integram, respeitando as suas crenças espirituais, sociais e culturais e os seus valores. O EEEEC-ESF detém um conjunto de competências que lhe permite estabelecer uma relação terapêutica com a finalidade de descobrir as forças, os significados, as crenças e os sentidos atribuídos aos processos, como o de saúde-doença, pelas famílias, orientadores do juízo clínico e da tomada de decisão, mesmo em situações complexas, potencializando a resiliência familiar. Assim, os conhecimentos especializados são fundamentais na capacitação das famílias, na promoção da saúde e na gestão da doença vivenciados (Portugal, Regulamento n.º 428/2018).

- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Existem diversos modelos para a avaliação e intervenção familiar que possibilitam operacionalizar os conhecimentos, organizar e estruturar as intervenções, permitindo ganhos em saúde. O MDAIF constitui-se como um referencial teórico e operativo, desenvolvido através de um estudo de investigação-ação no norte de Portugal, na primeira década do século XXI. Tem como referencial epistemológico o Pensamento Sistémico e como fontes teóricas o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família. Apresenta conceitos centrais que lhe conferem identidade enquanto referencial teórico, como: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2023). Além disso, incorpora os focos de enfermagem propostos pela CIPE, interpretando-os à luz do pensamento sistémico (Correia, Chaves, Batista, Rosário & Teixeira, 2021).

O MDAIF organiza as áreas de atenção dos cuidados de enfermagem em domínios avaliativos, especificando três grandes dimensões de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional (figura 4). A dimensão estrutural incide sobre a avaliação da composição da família, dos vínculos entre seus membros e entre a família, a família extensa ou outros sistemas próximos, bem como as características do ambiente em que a família se insere. A dimensão de desenvolvimento integra aspetos relacionados com o crescimento da família, numa perspetiva desenvolvimental associada ao ciclo de vida familiar. Por fim, a dimensão funcional foca-se nos padrões de interação da família, integrando aspetos relacionados com as funções e tarefas familiares, assim como os padrões de comunicação, processos adaptativos, relações e crenças (Figueiredo, 2023).

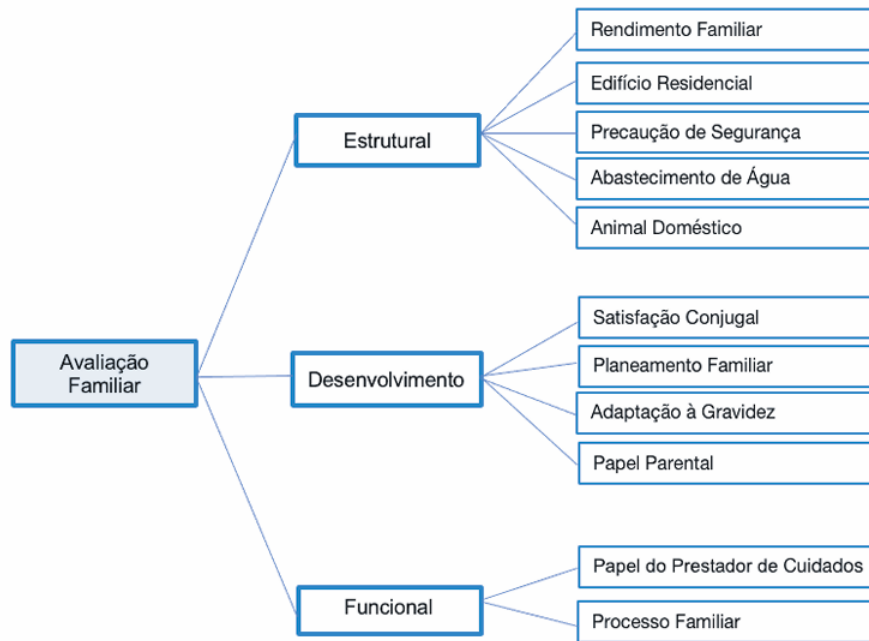


Figura 4 - Diagrama das áreas de atenção familiares por dimensões de avaliação (adaptado de modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar)

Fonte: Figueiredo, M. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel.

O MDAIF articula-se com a metodologia do Processo de Enfermagem, permitindo desta forma, ao EEEC-ESF identificar as necessidades e os recursos das famílias, estabelecer prioridades, planejar intervenções, implementá-las e avaliar os seus resultados (Correia et al., 2021).

Todo esse processo ocorre de maneira construtiva e colaborativa com a família, promovendo a sua capacitação por meio de mudanças a nível cognitivo, afetivo e/ou comportamental do sistema familiar (Figueiredo, 2023). Essas mudanças são necessárias para enfrentar as transições vivenciadas num processo coevolutivo contínuo ao longo do ciclo de vida familiar, resultando em ganhos em saúde familiar sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ferreira, Pereira, Rodrigues, Paiva, & Figueiredo, 2020).

3.1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A teoria das transições de Meleis enfatiza a importância da incorporação de novos elementos na vida da pessoa durante as transições, inclui aquisição de conhecimentos, mudança de comportamentos e a redefinição da própria identidade, com o objetivo de tornar essas transições em várias áreas da vida mais saudáveis. As transições podem estar relacionadas com

diversas naturezas, como por exemplo o desenvolvimento pessoal, situações de vida, saúde/doença, ou questões sociais, políticas e económicas. Elas podem ocorrer num único momento, de forma simultânea ou em sequência, e podem ou não estar relacionadas entre si (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Além disso, as transições possuem propriedades como eventos e pontos críticos, mudança e diferença, o espaço temporal da transição, consciencialização e compromisso. Para que os EEEC-ESF compreendam o que as pessoas vivenciam durante as transições, é importante reconhecer as características pessoais e o contexto social. Esses fatores podem facilitar ou dificultar o processo de transição, que envolve a reconstrução da identidade, a modificação de comportamentos e a aquisição de novas competências (Meleis et al., 2010).

A avaliação dos indicadores que demonstram como a pessoa responde ao processo de transição é essencial para identificar se o processo promove a saúde ou gera riscos e vulnerabilidades. Esses indicadores incluem a interação da pessoa com as pessoas em redor, os sentimentos em relação ao contexto, a percepção do tempo e as estratégias usadas durante o processo (Meleis et al., 2010).

Para avaliar os resultados do processo de transição, é importante que o EEEC-ESF observe como a pessoa adquire novas competências e reconstitui a sua identidade, promovendo uma transição saudável. Para alcançar esses resultados, o EEEC-ESF deve fornecer conhecimento às pessoas que passam por essas transições e àqueles que as rodeiam, promovendo a saúde e bem-estar (Meleis et al., 2010). Com a teoria das transições de Meleis, os EEEC-ESF possuem ferramentas para compreender os fatores envolvidos nas transições na vida das pessoas e para promover a autogestão da doença crónica. Os enfermeiros devem estar atentos às características do processo de transição, às características da pessoa que o vivencia e ao ambiente em que ocorre, a fim de realizar intervenções especializadas eficazes.

A enfermagem, como ciência prática e profissão, destaca-se pela atuação dos profissionais como facilitadores dos processos de transição que visam à promoção da saúde e do bem-estar. O enfermeiro intervém no cuidado aos indivíduos, famílias e comunidades, promovendo ou restaurando a capacidade de autocuidado, especialmente quando esses não possuem força, conhecimento ou vontade para tal. Esses profissionais promovem processos adaptativos eficazes, considerando a diversidade cultural e os diferentes contextos, valorizando o cuidado como uma relação terapêutica interpessoal. O ato de cuidar, elemento essencial da condição humana, é sistematizado e organizado com base em diversas teorias de enfermagem

desenvolvidas no âmbito disciplinar, reforçando o papel do enfermeiro na facilitação dos processos de transição por meio do cuidado (Queirós, 2016).

No que concerne ao relatório em específico, a teoria de Meleis, oferece um arcabouço teórico relevante para compreender as mudanças e desafios enfrentados pelos idosos na autogestão da doença crônica e do regime terapêutico. Esta teoria tem enfoque nos períodos de transição ao longo da vida, como o diagnóstico de doenças crônicas, hospitalizações recorrentes ou reintegrações pós-internamento, que são particularmente frequentes em idosos. Nesses momentos, a pessoa e família necessitam de adaptar-se a novos regimes terapêuticos, hábitos e cuidados com a saúde, o que exige suporte adequado para o desenvolvimento de estratégias eficazes de autogestão (Meleis et al., 2010).

No contexto supracitado, a aplicação da teoria das transições permite identificar as necessidades específicas da população idosa, facilitando o desenvolvimento de intervenções que promovam a adaptação a essas novas condições de vida e à adesão ao regime terapêutico. Além disso, a aquisição de competências e de literacia em saúde é um aspeto fundamental para a autogestão eficaz, especialmente entre idosos que enfrentam limitações físicas, cognitivas ou emocionais.

3.1.3. Família e o Ciclo Vital Familiar

As famílias passam por diversas transições ao longo do tempo, que exigem adaptações nos padrões familiares. Essas mudanças podem ser causadas por dois tipos de situações: normativas, associadas ao ciclo vital da família e às transições previsíveis dos seus membros, ou não normativas, decorrentes de eventos inesperados e estressantes. Em ambas as situações, a família pode adaptar-se, evoluir ou tentar manter os seus padrões de funcionamento. Assim, a família é vista como um "sistema em movimento no tempo", com tarefas que acompanham o seu desenvolvimento e que envolvem crises e resoluções em níveis mais complexos (Figueiredo, Martins, Silva & Oliveira, 2011).

Inicialmente com quatro etapas do ciclo vital definidas, Duvall e Miller (1985) aumentaram depois, para oito: casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho); família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar); família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência); família com adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores); família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); família idosa

(da reforma à viuvez, que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família). Para cada uma das etapas definem um conjunto de tarefas que deverão ser cumpridas para que a unidade familiar tenha sucesso no seu desenvolvimento.

Outra proposta de classificação das etapas do ciclo de vida familiar é a de McGoldrick e Carter. Eles destacam a negociação de processos de expansão, contração e realinhamento, que permitem à família adaptar-se à entrada, saída e desenvolvimento de seus membros. O ciclo começa com o jovem adulto pronto para formar uma nova família, seguido pela união do casal e a adaptação às famílias de origem. A terceira etapa envolve a chegada dos filhos, com a formação do subsistema parental. Depois, com os filhos adolescentes, ocorrem mudanças nas relações familiares. A fase seguinte é a saída dos filhos, com os pais ficando mais dependentes, e, por fim, a última fase, onde os pais tornam-se avós (Carter & McGoldrick, 1995).

Relvas (2000), define cinco etapas para o ciclo de vida da família, desde a sua formação até à sua dissolução, integrando as tarefas desenvolvimentais inerentes a cada uma das transições que ocorrem no processo evolutivo da família ao longo do seu desenvolvimento: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos em idade escolar, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

Centrando-se na evolução temporal das interações e numa perspetiva de continuidade, o conhecimento das etapas do ciclo vital da família permite ter uma visão das suas características, potencialidades e vicissitudes, o que se torna útil na análise de qualquer família (Figueiredo et al., 2011).

Às vivências do envelhecimento em família, como um processo único e complexo, subjaz uma multiplicidade de tarefas desenvolvimentais associadas à consolidação e maturação do sistema familiar. Os idosos em Portugal, predominantemente, coabitam com seus cônjuges, o que indica um elevado número de famílias na última etapa do ciclo vital. Essa fase envolve processos de transição associados ao envelhecimento e à readaptação familiar a novos modelos funcionais, caracterizados pelo entrecruzar de gerações, com a entrada de novos membros (noras e netos) enquanto as gerações mais idosas podem sair temporariamente devido a doenças (Figueiredo et al., 2011).

O envelhecimento é um processo de mudança progressivo que afeta a estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, resultando em menor autonomia e maior suscetibilidade a doenças. A aceitação do envelhecimento é crucial para o equilíbrio entre o ciclo de vida familiar e individual. Esse processo envolve a reestruturação familiar, a

exploração de novos papéis sociais e familiares, e depende da qualidade do casamento e das expectativas de futuro do casal. Além disso, a rede social pessoal e conjugal é fundamental para manter relações de suporte, facilitando a adaptação às mudanças do envelhecimento. A habilidade de lidar com a saída dos filhos e a perda do cônjuge são tarefas essenciais que marcam o encerramento desse ciclo vital (Figueiredo et al., 2011).

A discussão sobre o ciclo vital ajuda a entender o desenvolvimento do sistema familiar em contexto, permitindo compreender as vivências do envelhecimento como um processo único e complexo, moldado pelas interações sistêmicas que definem as tarefas familiares.

3.1.4. Viver com Doença Crónica: Desafios para a Pessoa e Família

O aumento das doenças crónicas no mundo está associado a diversos fatores como a transição demográfica, os padrões de consumo, as mudanças nos hábitos e estilos de vida, a urbanização e o *marketing* global. Estas condições são responsáveis por mortes prematuras, perda da qualidade de vida e têm um grande impacto económico (Portugal, Ministério da Saúde, 2018; World Health Organization, 2018). Além disso, observa-se que os níveis de controlo destas doenças são baixos, o que tem gerado preocupações e desafios aos serviços de saúde, influenciando as agendas política e técnica de organismos nacionais e internacionais (Sousa, Vilar, Sousa, & Bastos, 2021).

As doenças crónicas afetam significativamente a morbimortalidade das populações, sendo que algumas doenças são mais prevalentes que outras. De acordo com os dados mais recentes, as doenças crónicas do foro cérebro-cardiovascular, oncológico, metabólico e respiratório são as mais frequentes entre a população portuguesa (Portugal, Ministério da Saúde, 2018; World Health Organization, 2018). Cerca de metade das pessoas com doenças crónicas apresentam comorbilidades, muitas vezes difíceis de controlar devido à complexidade da sua gestão, o que requer atenção. Isso evidencia a necessidade de uma abordagem integrada a estas pessoas, mobilizando todos os recursos disponíveis. Tal abordagem deve considerar tanto as particularidades dessas doenças quanto a capacidade de cada pessoa de integrá-las nas suas vidas, adaptando-se e reinventando-se com base nos seus recursos internos, redes de apoio e circunstâncias pessoais (Sousa et al., 2021).

A complexidade de viver com doença(s) crónica(s), caracterizada pela sua imprevisibilidade, gera impactos significativos não apenas a nível individual (físico, emocional e psicológico), mas também nas esferas familiar e social, influenciando, frequentemente a

educação, a vida profissional e o ambiente laboral. As particularidades associadas à doença crónica e a necessidade que a autogestão seja integrada no quotidiano, transferem uma parte substancial da responsabilidade dos profissionais de saúde para a pessoa e sua família, promovendo a autonomia na autogestão da doença e no autocuidado. Esta redistribuição de responsabilidades implica uma mudança de paradigma, assim como uma reformulação dos referenciais teóricos e da prática clínica, nomeadamente dos enfermeiros, cujo papel passa a ser o de facilitar a tomada de decisões e apoiar a mudança comportamental, nos processos adaptativos inerentes à convivência com a doença (Sousa et al., 2021).

O papel da pessoa com doença crónica neste processo de adaptação é central, exigindo que assuma a responsabilidade pela manutenção do seu estado de saúde e nível funcional mais elevado possível. Os profissionais de saúde têm a função de apoiar este processo, fornecendo informação relevante e adotando estratégias adequadas às realidades individuais e contextuais, capacitando a pessoa e a família para lidar com a doença. A concretização deste objetivo, depende de um trabalho de parceria entre o doente e o profissional, tanto na identificação dos problemas e definição de metas e planos terapêuticos, como no desenvolvimento de competências para a resolução de problemas e superação de obstáculos. Face à complexidade inerente ao regime terapêutico é essencial que a atenção dos profissionais de saúde contemple os fatores de vulnerabilidade e resiliência individuais, de forma a facilitar uma transição saudável e a capacitação para a autogestão (Sousa, Martins & Pereira, 2015).

De acordo com Lorig & Holman (2003), a autogestão de uma ou mais doenças crónicas envolve um conjunto de tarefas que são de responsabilidade individual e visam promover a gestão da saúde e do bem-estar. O sucesso na realização dessas tarefas é afetado por características individuais, atitudes variadas e estilos de vida, que podem oscilar entre os que são responsáveis e os que são negligentes.

A educação para a autogestão prepara a pessoa com doença crónica para resolver a quase totalidade dos problemas com que se confronta fora dos serviços de saúde. Segundo Lorig & Holman (2003), o cerne da abordagem deverá ser capacitar a pessoa a desempenhar um papel ativo no seu autocuidado, promovendo uma autogestão bem informada e comprometida. Isto tem como finalidade dotar as pessoas que enfrentam doenças crónicas, da capacidade de gerir de forma eficaz as suas condições de saúde, almejando uma melhoria na qualidade de vida.

Reconhecendo que a população com doença crónica requer cuidados contínuos, enfatiza-se a importância dos profissionais dos CSP, que deverão privilegiar o apoio no processo de autogestão. Assim a autogestão é abordada de forma abrangente, incluindo aspetos

clínicos, educacionais, psicossociais e comportamentais, fornecendo a base necessária para as pessoas e famílias gerirem com confiança o seu autocuidado diário, alcançando melhores resultados em saúde (Sousa et al., 2021).

3.1.5. Literacia em Saúde: O Alicerce da Autogestão Eficaz da Doença Crónica

As doenças crónicas, especialmente as de carácter não transmissível, representam um dos principais problemas de saúde pública a nível global. O envelhecimento populacional, consequência da redução da taxa de natalidade e dos avanços na ciência e medicina, tem contribuído para o aumento da população adulta e idosa, alterando gradualmente a pirâmide etária mundial (Silva, Crepaldi & Bousfield, 2021). Neste contexto, é importante reconhecer os desafios que as doenças crónicas impõem tanto para as pessoas afetadas quanto para as suas famílias.

O Departamento de Epidemiologia do Instituto Ricardo Jorge, em 2015, promoveu e coordenou o primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Este inquérito teve como objetivo a recolha de informação epidemiológica sobre a saúde da população. De acordo com os dados obtidos, a ocorrência de doenças crónicas foi mais frequente no género feminino, nas pessoas com menor escolaridade e no grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos. Nos homens, as doenças crónicas mais frequentes foram: hipertensão, colesterol elevado, alergia, diabetes, dor crónica e artrose. Por sua vez, nas mulheres, as doenças crónicas mais referidas foram: hipertensão, colesterol elevado, artrose, alergia, depressão e dor crónica (figura 5) (Portugal, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2024).

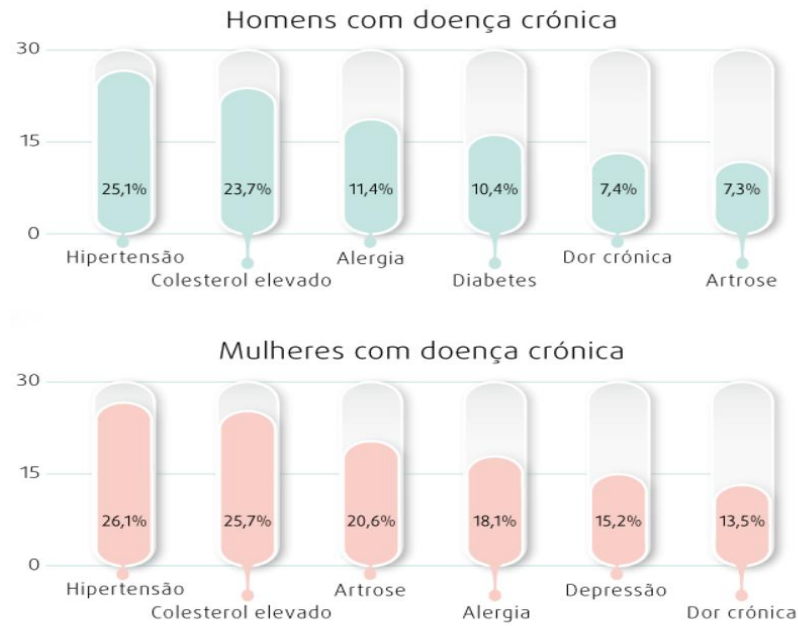


Figura 5 - Doenças crónicas mais prevalentes no género masculino e feminino

Fonte: Portugal, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2024, 6 de outubro). *Infográfico INSA – Doença Crónica*. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/>

A presença de uma doença crónica numa família provoca crises inesperadas, que variam conforme o membro da família afetado, a etapa do ciclo vital em que se encontra e as repercussões da doença no sistema familiar. A reestruturação funcional torna-se inevitável para lidar com essas mudanças e manter a funcionalidade da família. Esse equilíbrio dinâmico envolve harmonizar as forças que impulsionam a mudança (pressões internas e externas) e os mecanismos que promovem a estabilidade do sistema, como valores, crenças e rituais familiares (Figueiredo, 2023). De facto, o papel da família no processo de adaptação à doença é essencial, visto que é no seio familiar que ocorrem as primeiras aprendizagens sobre estilos de vida saudáveis. Assim, a família pode influenciar significativamente a saúde dos seus membros, através das crenças e valores que atribui à saúde. As crenças em saúde estão diretamente ligadas à forma como os membros percecionam as intervenções dos profissionais de saúde, os comportamentos adotados e o regime terapêutico (Figueiredo, 2023).

Com o intuito de enfrentar os desafios impostos pelas doenças crónicas e melhorar a saúde da população, surge o PNLSCC 2023-2030. Este plano, que dá seguimento ao PNS e ao Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, reconhece que a intervenção nos determinantes de saúde ao longo do ciclo de vida pode reduzir a carga de doenças transmissíveis e não transmissíveis. A Literacia em Saúde (LeS) é, portanto, um fator determinante para a promoção da saúde e a gestão eficaz de recursos, sendo que níveis inadequados de literacia

podem gerar desigualdades na saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023).

Apesar de Portugal ter demonstrado avanços significativos na promoção da LeS, continua a ser uma necessidade sentida tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde. A LeS é destacada como prioridade no PNS, com estratégias específicas focadas em capacitar os indivíduos na gestão da sua saúde e a usufruírem com maior eficácia dos sistemas de cuidados. A OMS define a LeS como o conjunto de competências cognitivas e sociais que permitem às pessoas aceder, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde, visando a promoção e a manutenção de uma boa saúde (figura 6) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023).



Figura 6 - Competências de literacia em saúde

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030 — Plano estratégico*. DGS

Estas quatro competências, aliadas à motivação, conhecimento e contextos facilitadores, são fundamentais para formar juízos e tomar decisões conscientes e informadas sobre cuidados de saúde (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2023).

De acordo com Van der Gaag, Heijmans, Spoiala e Rademakers (2022), a autogestão de doenças crónicas requer um conjunto complexo de competências, incluindo motivação, conhecimento, autoconfiança e a capacidade de integrar estas competências no quotidiano. A relação entre o nível de literacia em saúde e o estado de saúde das pessoas encontra-se amplamente documentada na literatura científica: indivíduos com baixa literacia em saúde apresentam menor probabilidade de compreender a informação escrita e oral fornecida pelos profissionais de saúde, de navegar eficazmente no sistema de saúde para obter os serviços

necessários, de realizar os procedimentos exigidos e de seguir corretamente as indicações prescritas (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Uma LeS inadequada (em comparação com uma LeS adequada) está fortemente associada a um baixo nível de conhecimento ou compreensão tanto dos serviços de cuidados de saúde como dos próprios resultados em saúde. Esta condição pode estar também relacionada com uma maior probabilidade de hospitalização, maior prevalência e severidade de algumas doenças crónicas, piores condições gerais de saúde e menor utilização de serviços de prevenção e rastreio de doenças (Pedro, Amaral & Escoval, 2016). Fatores como idade avançada, baixa LeS e dificuldades na compreensão das instruções dos profissionais de saúde contribuem para a não adesão ao tratamento, representando um desafio particularmente relevante em populações vulneráveis (Miller, 2016).

Portanto, a identificação e caracterização dessas populações mais vulneráveis, que apresentam menores níveis de LeS, constitui um passo crucial para promover a LeS. Essa abordagem, mais organizada e focada, contemplando as oportunidades e necessidades identificadas, potencializa resultados mais precisos e eficazes (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, 2023).

Nesse sentido, é essencial considerar que os grupos mais vulneráveis (figura 7) enquadram pessoas com:



Figura 7 - Caracterização dos grupos mais vulneráveis

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030 — Plano estratégico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Assim, é possível constatar que os idosos são frequentemente mais vulneráveis, não apenas pelos fatores supracitados, mas também devido, entre outros fatores, às limitações físicas (diminuição auditiva e visual), ao isolamento social e ao acesso restrito a serviços de saúde, o que compromete a sua capacidade de gestão das doenças crônicas (Garnett, Ploeg, Markle-Reid & Strachan, 2018). No estudo de Van der Gaag et al. (2022), identificaram-se barreiras adicionais, como problemas na comunicação, limitações na transmissão de informações, restrições de tempo e falta de oportunidades para colocar questões sem constrangimento.

A literatura evidencia que os idosos, os doentes crônicos e aqueles que necessitam de medicação regular (considerados grupos mais vulneráveis), são os mais afetados pelos inadequados níveis de LeS, refletindo-se numa maior exposição a desfechos adversos. Em particular, o risco de mortalidade é mais elevado entre idosos com baixa LeS, uma relação que se explica por uma menor capacidade para seguir corretamente a medicação, interpretar rótulos e mensagens de saúde, e pelas condições de saúde geral desfavoráveis nesta população (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Em suma, o desempenho das famílias na autogestão de doenças crônicas está intimamente relacionado com o seu nível de LeS, manifestando-se em diversos comportamentos, como o uso de estratégias comportamentais para gerir a doença (atividade física, alimentação saudável e controlo emocional); adesão ao regime terapêutico; participação em programas de educação para a saúde; estabelecimento de metas pessoais e envolvimento ativo no planeamento dos cuidados (Garnett et al., 2018).

3.1.6. O Enfermeiro de Família na Capacitação para a Literacia em Saúde e Autogestão de Doenças Crónicas

O surgimento de uma doença crónica é amplamente considerado um evento stressante, que frequentemente obriga a pessoa a reavaliar os seus significados, adaptar-se a novos comportamentos, modificar o estilo de vida e enfrentar novas emoções. Essas circunstâncias podem desencadear transformações significativas no seu projeto de saúde e de vida, focando-se nos processos de transição que as pessoas vivenciam ao longo da vida e que estão intrinsecamente ligados à saúde. Torna-se essencial evoluir de um modelo centrado apenas na gestão da doença e no controlo dos seus sintomas, para abordagens que priorizem as respostas humanas às mudanças decorrentes dessas transições (Meleis, 2010).

A OMS (2008) reconhece a inadequabilidade dos serviços de saúde para atender as pessoas com estas condições, assumindo como desafio a necessidade de prestar cuidados inovadores, o que implica uma mudança de paradigma dos cuidados de saúde. Muitos profissionais ainda se orientam por um modelo predominantemente focado na doença, resultando em intervenções frequentemente desajustadas. Refletir sobre a realidade constituirá um primeiro passo para a sua transformação.

Apesar dos avanços na Enfermagem como profissão e disciplina, ainda persistem dificuldades em priorizar, na prática, uma abordagem centrada na pessoa e no seu potencial. O paradigma atual de cuidados de saúde tende a sobrevalorizar a vertente curativa (Sousa et al., 2015). A LeS, contudo, desempenha um papel fundamental na transição do modelo biomédico para o «*collaborative management*» (modelo colaborativo), cujos impactos incluem uma melhoria do estado de saúde, redução dos custos associados aos cuidados de saúde, aumento do conhecimento em saúde e menor utilização dos serviços de saúde. Estes resultados em saúde devem-se à aquisição de novos conhecimentos, ao desenvolvimento de atitudes mais positivas, ao aumento da autoeficácia e à adoção de comportamentos de saúde positivos, todos eles associados a um nível mais elevado de LeS (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Ao prestar cuidados centrados na pessoa, o enfermeiro ajuda-a a reconhecer e verbalizar a sua situação de saúde, além de identificar formas de lidar com ela, incentivando a pessoa comprometer-se ativamente na gestão da sua doença. Para evoluir para uma enfermagem mais avançada - ou seja, uma enfermagem com mais enfermagem – é necessário adotar uma abordagem mais conceptual, baseada na interação pessoal. Isso implica o desenvolvimento de competências avançadas para a tomada de decisão e desempenho, sustentados em teorias próprias da disciplina de enfermagem (Sousa et al., 2015).

Num estudo realizado por Sousa et al. (2015), os enfermeiros relataram dificuldades em prestar cuidados à pessoa com doença crónica, identificando quatro principais barreiras: A pessoa, a doença e o meio envolvente; Organização dos cuidados; Prática de Enfermagem; e Relações na equipa de saúde (figura 8).

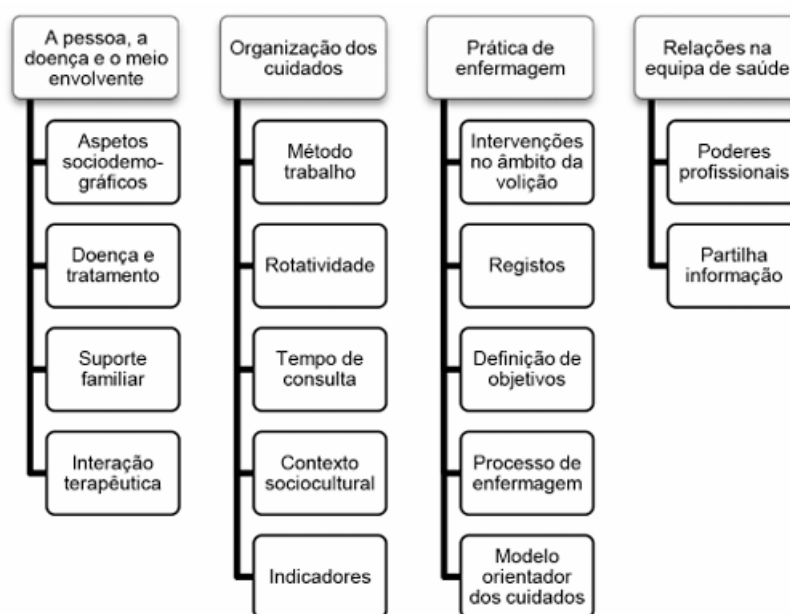


Figura 8 - Fatores que influenciam a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica

Fonte: Sousa, M., Martins, T., & Pereira, F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(6), pp. 55-63. <https://doi.org/10.12707/RIV14069>

Entre os fatores que influenciam a pessoa, a doença e o meio envolvente, os psicossociais, como a idade, o sexo, o nível sociocultural e os recursos económicos, exercem uma influência significativa nos comportamentos de autocuidado em pessoas com doença crónica. O género feminino, indivíduos mais jovens, maior nível de literacia e um nível socioeconómico elevado favorece, em geral, uma maior adesão aos cuidados de saúde. A baixa literacia, frequentemente associada a níveis reduzidos de escolaridade e ao desconhecimento acerca da doença, compromete a gestão adequada da mesma, sendo agravada por dificuldades de compreensão e memorização da informação transmitida (Sousa et al., 2015).

Identificam-se como determinantes para o autocuidado, fatores como o conhecimento sobre a doença, a motivação, a capacidade de tomada de decisão e a adaptação ao estado de saúde. Contudo, a ausência de aceitação da condição crónica e a desvalorização do estado de saúde são barreiras substanciais à adesão aos cuidados, frequentemente exacerbadas pelas crenças pessoais e pela experiência prévia com a doença, quer em si próprios, quer em pessoas próximas. Estes fatores constituem desafios significativos para a intervenção de enfermagem, uma vez que estão na base das atitudes e comportamentos que influenciam diretamente o processo de integração da doença na sua vida (Sousa et al., 2015).

Adicionalmente, fatores do meio envolvente, nomeadamente o suporte familiar, foram identificados como cruciais na autogestão da doença crónica. Os enfermeiros enfatizaram os benefícios do envolvimento familiar, direto ou indireto, na gestão da doença, uma ideia amplamente apoiada na literatura. No entanto, foi constatado que a presença de familiares nas consultas é limitada, destacando-se a necessidade de desenvolver estratégias que aumentem o seu envolvimento no planeamento e na gestão do regime terapêutico (Sousa et al., 2015).

Face ao exposto anteriormente, importa ressaltar que a conscientização dos EEEC-ESF sobre os fatores que influenciam a abordagem às pessoas/famílias com doenças crónicas é basilar. Essa conscientização representa a etapa inicial no processo de mudança que visa oferecer cuidados de enfermagem mais centrados na pessoa e, conseqüentemente, mais significativos para as famílias (Garnett et al., 2018).

Neste sentido, a implementação das intervenções de enfermagem deve incidir sobre: o ensinar (sobre as complicações da doença, os fatores de risco, o regime terapêutico) e o instruir/treinar a autovigilância, dotando a pessoa/família de conhecimentos e habilidades essenciais. É crucial incentivar e elogiar a adesão, assim como os resultados obtidos, e prestar atenção àqueles que enfrentam dificuldades em seguir as orientações. Entre os principais focos de atenção na consulta de enfermagem à pessoa com doença crónica, destaca-se: adesão ao regime terapêutico; gestão do regime terapêutico; autovigilância e aceitação do estado de saúde (Sousa et al., 2015).

Considerando a ampla evidência científica que demonstra a relação direta entre o nível de LeS e os comportamentos de adesão à autogestão de doenças crónicas, é fundamental que a intervenção do EEEC-ESF foque na promoção da LeS e no desenvolvimento de comportamentos de autogestão. Isso é essencial para prevenir complicações a longo prazo, retardar a progressão dessas doenças e melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias. (Garnett et al., 2018).

Neste sentido, esses profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na implementação de estratégias de autogestão em parceria com as pessoas e suas famílias. Estes devem fornecer educação para a saúde, promover mudanças comportamentais e encaminhar as pessoas para programas comunitários que visem o desenvolvimento de estratégias de controlo das doenças crónicas. Além disso, os enfermeiros devem ajudar as pessoas a adotar um papel mais ativo no seu tratamento e a apoiar aqueles que enfrentam dificuldades em aceitar a sua condição ou em manter a adesão ao tratamento (Garnett et al., 2018).

Ao passo que, é notória a urgência da adoção de modelos de intervenção aplicáveis à ESF e que orientem a prática dos profissionais em direção a cuidados mais significativos, como por exemplo, o MDAIF, o Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, o Modelo Transteórico de Mudança e a Entrevista Motivacional.

3.2. Metodologia

A investigação qualitativa é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem. Os investigadores utilizam abordagens qualitativas para explorar o comportamento, as perspetivas e as experiências das pessoas. A base da investigação qualitativa reside na abordagem interpretativa da realidade social (Vilelas, 2017).

Os estudos de caso (EC) enquadram-se numa abordagem qualitativa e são frequentemente utilizados para a obtenção de dados nas áreas de ensino das ciências sociais e humanas. A utilização deste estudo pode envolver tanto o estudo de um único caso quanto o estudo de múltiplos casos. Trata-se de um estudo de um sistema delimitado que dá ênfase à unidade e globalidade desse sistema, mas concentra a atenção nos aspetos que são relevantes para o problema de investigação num dado tempo (Vilelas, 2017).

Como estratégia metodológica utilizou-se o EC múltiplo, pois permite uma investigação em contexto real e um conhecimento particularizado. Este método possibilita a construção do conhecimento dialogicamente, entre o investigador e o leitor. Esta abordagem proporciona uma perspetiva holística do mundo real, preocupando-se com a apresentação rigorosa e justa dos dados empíricos. No EC múltiplo, as fronteiras entre o caso e o contexto não são claramente evidentes, tornando-se importante delimitar os sujeitos, os cenários e ter claramente desenhado os limites específicos para o propósito do estudo (Yin, 2015).

3.2.1. Justificação do Tema

No contexto da promoção da saúde e da gestão de doenças crónicas, a *Organização Pan-Americana da Saúde* (OPAS), por meio do método CENDES (*Criterios para la Evaluación de Necesidades y Decisión en Salud*), propôs uma abordagem metodológica para a seleção de prioridades em saúde. O método CENDES-OPAS estabelece um conjunto de critérios que visam orientar a alocação e a otimização dos recursos disponíveis, assegurando

que as intervenções sejam direcionadas de forma eficaz às necessidades mais prementes da população (Teixeira, 2010).

Neste sentido, através da aplicação desta metodologia, a DM tipo 2, foi a doença crónica selecionada entre os problemas de saúde ativos na lista de utentes da ET, possibilitando uma abordagem mais estratégica e eficiente na gestão da doença.

1. Magnitude da doença – considerando o critério de magnitude, as doenças crónicas como a DM têm um impacto relevante em Portugal. Em 2021, a DM foi responsável por 3 474 mortes, o que representou 2,8% do total de óbitos no país. Além disso, DM é um fator de risco importante para as doenças cardiovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, agravando essas condições e aumentando a mortalidade. No mesmo ano, foram registados 1 038 óbitos de pessoas com DM previamente internadas devido às doenças supracitadas. Em 2023, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia estimou que a prevalência de DM, na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos era de 14,1%, afetando cerca de 1,1 milhões de pessoas (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, 2023).

2. Vulnerabilidade - a *International Diabetes Federation* projeta que a prevalência da DM em Portugal continuará a crescer nos próximos anos. A promoção de estilos de vida saudáveis, a identificação de pessoas em risco e a implementação de programas de prevenção e diagnóstico precoce têm um elevado potencial na redução da incidência e morbilidade associada à doença. O controlo eficaz da DM e dos fatores de risco cardiovascular pode reduzir a incidência e a progressão das complicações, bem como a mortalidade, em particular a mortalidade prematura atribuível à doença (International Diabetes Federation, 2021).

3. Transcendência - a DM representa um encargo económico substancial para os países, os sistemas de saúde, às pessoas que vivem com a doença e suas famílias. Em Portugal, em 2022, os gastos com insulinas foram de aproximadamente 74 milhões de euros, enquanto os custos com antidiabéticos orais chegaram a cerca de 420 milhões de euros. O SNS arcou com mais de 99% dos custos de insulinas e 90% dos custos de antidiabéticos orais, o que demonstra a grande pressão financeira sobre o sistema de saúde e o orçamento público (International Diabetes Federation, 2021).

A análise através do método CENDES-OPAS destaca que a DM é uma condição de alta magnitude, com grande transcendência/relevância social e económica, e uma vulnerabilidade

moderada a alta devido à disponibilidade de intervenções de promoção, prevenção e gestão desta doença. Quanto maior a valorização destes critérios, maior é a prioridade de intervenção.

3.2.2. Objetivos

- Prestar cuidados às famílias com membros idosos portadores de doenças crónicas, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Promover a liderança e colaboração em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar;

3.2.3. Recrutamento dos Participantes

Como critérios de inclusão definiram-se:

1. a família pertencer à UCSP de Seia;
2. a família pertencer ao ficheiro de utentes da enfermeira de família;
3. subsistema conjugal de idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) e independentes;
4. um dos elementos do subsistema conjugal ser portador de DM tipo 2.

Após a deliberação favorável do pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, em 15 de novembro de 2024, foram recrutadas quatro famílias, a partir de uma amostra aleatória simples, cujos integrantes cumpriam todos os critérios de inclusão estabelecidos. Durante o processo de divulgação, explicou-se em que consistia o estudo e foram garantidos os princípios éticos referentes à segurança, privacidade, confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Ao longo do estudo, as famílias e os seus membros serão designados por nomes aleatórios.

As famílias incluídas neste estudo, aceitaram participar de forma voluntária, tendo assinado um consentimento informado (Anexo I).

3.2.4. Entrevista Estruturada

Utilizou-se a entrevista como método de recolha de dados, pois representa uma das mais importantes fontes de informação para um EC (Yin, 2015). A entrevista estruturada aos participantes foi sustentada pelas questões da matriz operativa do MDAIF e pela Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes. Este tipo de entrevista exige questões mais estruturadas, sob a forma de um levantamento formal. Os dados foram organizados e as informações das entrevistas foram transcritas, permitindo uma abordagem compreensível por outros profissionais de enfermagem.

As entrevistas com as famílias foram realizadas em contexto de consulta na UCSP, ao longo do mês de dezembro de 2024. Todas as respostas dos participantes foram transcritas manualmente na íntegra, em formato papel. Durante as entrevistas, foram abordadas três dimensões: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Foram aplicadas várias escalas (escala de *Graffar* adaptada, escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, escala de Faces II, escala de APGAR Familiar *Smilkstein* e a escala de *Zarit*) e os instrumentos genograma e ecomapa. Durante as entrevistas foi garantida a clareza e consistência das respostas, incluindo a solicitação de esclarecimentos às famílias quando necessário.

3.2.5. Análise

Adotou-se como referência a metodologia de investigação qualitativa para abordar a recolha e análise de dados, utilizando a análise temática conforme descrito por Braun e Clarke (2006), devido à sua eficácia em ilustrar o processo de compreensão das experiências das famílias e destacar a importância do EC.

Assim, os dados recolhidos foram analisados e discutidos por três investigadores e, com base nos diagnósticos estabelecidos, foram delineadas intervenções de enfermagem, sustentadas no reconhecimento do cuidar baseado nas forças da família e valorizando os recursos e competências das famílias e comunidade. Permitindo *à posteriori*, uma avaliação dos ganhos em saúde alcançados pelas famílias em estudo.

3.2.6. Rigor e Confiabilidade

A confiabilidade na investigação qualitativa refere-se à consistência e à confiança nos resultados e processos do estudo, sendo abordada de maneira diferente da investigação

quantitativa devido à natureza subjetiva dos dados. Para garantir a confiabilidade, é crucial documentar detalhadamente o processo de pesquisa e utilizar estratégias como a triangulação, a validação por pares e a persistência no campo. A reflexividade ajuda a reconhecer e minimizar a influência pessoal na interpretação dos dados. Além disso, a realização de transcrições precisas juntamente com as práticas referidas, são essenciais e asseguram a robustez e confiabilidade dos resultados (Vilelas, 2017).

Acredita-se que este estudo é rigoroso e confiável para os enfermeiros da área da saúde familiar. Ao longo deste relatório, é demonstrado todo o processo de investigação e os métodos utilizados na recolha e análise de dados.

3.2.7. Limitações e Vantagens

Os EC na investigação qualitativa, embora sejam valiosos para compreender fenómenos complexos em contextos específicos, enfrentam diversas limitações que devem ser reconhecidas pelos investigadores. A principal limitação deste tipo de investigação é a quase-impossibilidade de generalizar ou extrapolar as conclusões obtidas para toda a população, o que os torna menos adequados para a formulação de explicações ou descrições de carácter geral. Além disso, estes estudos exigem tempo e recursos significativos, e a riqueza dos dados recolhidos pode tornar a análise complexa e propensa a viés nas respostas dos participantes (Vilelas, 2017).

Em contrapartida, a principal vantagem dos EC reside na sua relativa simplicidade, uma vez que não requer técnicas maciças de recolha de dados. Os EC são um tipo de estudo muito particular que, para serem eficazes, utilizam um quadro teórico referencial como ponto de partida. É essencial que os casos escolhidos sejam representativos do problema ou fenómeno a ser estudado, os materiais e dados devem ser recolhidos com rigor, utilizando uma linguagem clara e precisa, e as conclusões produzidas devem ser bem explícitas, constituindo novas informações no campo em estudo (Vilelas, 2017).

3.3. Resultados

O presente capítulo tem como objetivo a descrição das atividades desenvolvidas ao longo da componente clínica, as quais se centraram na aquisição de competências inerentes à prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados. Paralelamente, procurou-se

promover competências no âmbito da liderança e da colaboração em processos de intervenção no contexto da ESF, em consonância com as competências gerais e específicas atribuídas ao EEEC-ESF, conforme os Portugal, Regulamentos nº 140/2019 (2019) e nº 428/2018 (2018).

Neste contexto, o EEEC-ESF deve demonstrar competência para prestar cuidados à família, concebida como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e abordando-a de forma holística, tanto como um todo quanto na perspetiva individual de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital familiar e das transições vivenciadas. Adicionalmente, exige-se que este profissional assegure a qualidade dos cuidados prestados, mediante a gestão eficaz e a mobilização articulada de recursos adequados às necessidades das famílias (Portugal, Regulamento nº 428/2018).

A colheita de dados pertinentes, a intervenção dirigida às necessidades específicas da família em transição, bem como a monitorização das respostas da unidade familiar e dos seus membros individualmente, constituem elementos-chave na prestação de cuidados. Para tal, o EEEC-ESF deve basear sua prática na evidência científica mais atual.

No que concerne à responsabilidade profissional, ética e legal no cuidado à família enquanto unidade de atenção, a OE destaca os avanços da instrução deontológica em Enfermagem desde a publicação do primeiro Estatuto da OE, em 1998. Essa evolução consolidou-se como uma referência essencial para a fundamentação da prática profissional, pois, conforme indicado, "as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 38).

A dignidade humana é apresentada como o pilar central a partir do qual emergem outros princípios éticos fundamentais. Durante a prestação de cuidados, devem ser tido em consideração os seguintes princípios: autonomia - capacidade de autodeterminação da pessoa, reconhecendo-a como agente das suas próprias escolhas e ações; universalidade - promove a igualdade fundamental e assegura cuidados isentos de qualquer discriminação; verdade - estabelece harmonia entre o pensar, agir e ser, como base de confiança e autenticidade nas relações de cuidado; justiça - reflete o compromisso com a equidade e a igualdade de direitos; o altruísmo e a solidariedade - orientam os cuidados pelos interesses da família e de cada um de seus membros, priorizando o bem-estar coletivo; e, por fim, a competência profissional e a responsabilidade - que consistem na atuação fundamentada em conhecimentos científicos e técnicos, associada à responsabilização no desempenho das funções (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Esses princípios, conforme preconizado pela OE (2015), orientam a prática assistencial, garantindo que os cuidados sejam eticamente sustentados e alinhados às necessidades das famílias.

- Avaliação e intervenção em famílias envelhecidas com um membro portador de DM: da teoria à prestação de cuidados

A seleção das famílias para a análise da prestação de cuidados teve em consideração as famílias que se encontravam na etapa do ciclo vital correspondente ao “envelhecimento”, nas quais pelo menos um dos elementos do casal apresentava diagnóstico clínico de DM tipo 2. Estas famílias foram identificadas a partir da lista de utentes da ET, vigente no início do estágio de natureza profissional com relatório final. A seleção baseou-se em critérios de inclusão previamente estabelecidos. Foram inicialmente selecionadas seis famílias, contudo, duas não foram consideradas: uma por não cumprir os critérios de inclusão e outra devido à desistência durante o processo de recolha de dados. Todas as consultas foram realizadas na UCSP com os membros da família disponíveis, e os dados recolhidos foram registados no sistema de informação SClínico-CSP®.

O MDAIF foi adotado como referencial teórico, com a sua matriz operativa a servir de base para a decisão clínica e a orientar a abordagem às famílias em estudo. Esta matriz integra diversas áreas de atenção, nomeadamente: Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Precaução de Segurança, Abastecimento de Água, Animal Doméstico, Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar, Adaptação à Gravidez, Papel Parental, Papel de Prestador de Cuidados e Processo Familiar (Figueiredo, 2023). No entanto, apenas algumas destas áreas foram exploradas, tendo em conta as especificidades e necessidades particulares de cada família. Em virtude da flexibilidade e dinamicidade da matriz operativa, foi possível assegurar uma abordagem abrangente na prestação de cuidados às famílias. Para fundamentar, interpretar e atuar sobre os membros das famílias, considerando a natureza, as condições e os padrões de resposta às transições vivenciadas, recorreu-se à Teoria das Transições de Meleis (2010), que complementou o processo de intervenção.

Entre os instrumentos de avaliação familiar integrados na matriz operativa do MDAIF, destacaram-se o genograma, o ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (*Graffar* Adaptado), a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar (FACES II) e o Apgar Familiar de *Smilkstein*. A Escala de Notação Social da Família (*Graffar* Adaptado) foi

particularmente relevante para identificar situações de risco, como baixos níveis socioeconômicos associados a classes sociais desfavorecidas, que representam na maioria das vezes, fatores de risco para a morbidade e para a não adesão à autogestão de doenças crônicas.

Complementarmente, foi utilizada a EFS, que, fundamentada na Teoria Geral dos Sistemas e na Teoria da Comunicação, proporcionou uma análise aprofundada das dinâmicas familiares e das interações que influenciam diretamente a saúde e o bem-estar dos seus membros (Zordan, Dellatorre & Wieczorek, 2012). A EFS assenta em três princípios essenciais que orientam a sua condução e eficácia, promovendo a capacidade da família de elaborar as suas próprias soluções e adquirir uma nova visão sobre a realidade. Estes princípios inter-relacionam-se, permitindo mudanças no contexto familiar ou a aceitação da necessidade de mudança, resultantes das interações estabelecidas durante a entrevista. O primeiro princípio, a hipotetização, consiste na formulação de uma suposição sem qualquer validação prévia da sua veracidade, com o objetivo de ser confirmada ou refutada ao longo do processo. O segundo princípio, a circularidade, refere-se à obtenção de respostas que enriquecem ou modificam a hipótese inicial, permitindo uma metacomunicação sobre as relações familiares. Este princípio transcende o conteúdo explícito da informação, possibilitando que cada membro da família compreenda e reflita sobre as percepções mútuas dentro das suas relações. Neste âmbito, podem ser mobilizados diferentes tipos de questões de intervenção, incluindo questões lineares, estratégicas, reflexivas e circulares. O terceiro princípio, a neutralidade, está relacionado com a postura imparcial do enfermeiro, que oferece espaço equitativo para que todos os membros expressem as suas opiniões. Este princípio visa evitar a formação de alianças com qualquer membro específico da família, assegurando que a colheita de informações seja intencional e equilibrada (Figueiredo, 2023).

A EFS constitui uma ferramenta estruturada para a prestação de cuidados, organizada em quatro etapas essenciais: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização. O processo inicia-se com o acolhimento dos membros da família, momento crucial para a criação de um ambiente terapêutico que favoreça a construção de uma relação positiva e de confiança. Seguidamente, procede-se à fase de avaliação, durante a qual é fundamental identificar as necessidades apresentadas e explorá-las detalhadamente. Nesta etapa, o enfermeiro tem a oportunidade de compreender como as dinâmicas familiares podem estar associadas a determinados sintomas, bem como analisar as estratégias previamente adotadas pela família e definir objetivos específicos a alcançar. Com base nos dados obtidos, e caso se justifique, é implementada a intervenção, ajustada às necessidades identificadas em colaboração com a

família. Por fim, a etapa de finalização envolve a análise dos resultados obtidos, avaliando os progressos alcançados e as mudanças promovidas durante a consulta (Figueiredo, 2023).

As técnicas transversais aplicadas durante a avaliação e intervenção familiar no âmbito da prestação de cuidados proporcionaram uma compreensão aprofundada das dinâmicas familiares, valorizando as narrativas individuais de cada membro. Estas técnicas não apenas possibilitaram a intervenção junto da família, mas também contribuíram para a formulação de atividades diagnósticas.

As questões lineares são utilizadas predominantemente no início da consulta, com o propósito de clarificar e definir o problema. Estas questões ajudam a desvendar as visões predominantes da família, identificando os seus padrões e permitindo que cada membro se expresse, seja de forma verbal ou não-verbal. O enfoque está nas causas e nos problemas, com o objetivo de identificar a problemática numa perspetiva linear, sem explorar a circulação de informação entre os membros da família (Zorden et al., 2012; Figueiredo, 2023). As questões estratégicas, por outro lado, confrontam a família com os comportamentos individuais e as reações mútuas que surgem a partir do problema percebido. Embora não sejam explicitamente prescritivas, a sua formulação promove a reflexão, incentivando a adoção de novas atitudes e comportamentos que a família pode interpretar como recomendações úteis (Figueiredo, 2023). Já as questões reflexivas têm como objetivo facilitar o desenvolvimento de novas perspetivas sobre as interações familiares. Estas questões promovem a coconstrução de novas formas de relacionamento, superando a visão linear de causa e efeito, tradicionalmente entendida como "comportamento gera comportamento" (Figueiredo, 2012). As questões circulares, por sua vez, são projetadas para identificar padrões de ligação entre os membros da família. Estas questões ajudam a refutar ou corroborar as hipóteses iniciais, ao explorarem conexões entre pessoas, ações, percepções, sentimentos e contextos. Fundamentadas nos princípios da circularidade e da neutralidade, estas questões incentivam cada membro a expressar as suas percepções sobre as relações e as diferenças no sistema familiar. Este questionamento circular facilita a transformação dessas percepções, promovendo mudanças significativas nas dinâmicas familiares (Zorden et al., 2012; Figueiredo, 2023). As questões escala foram aplicadas com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva do indivíduo, permitindo quantificar diferentes dimensões, tais como a intensidade do problema, o nível de esperança face à possibilidade de mudança, os progressos obtidos desde a consulta anterior, o grau de satisfação atual e a motivação para a sua resolução (Fernandes, 2020).

Entre as técnicas internacionais aplicadas na prestação de cuidados à família, a Escola de Milão destacou-se pela introdução da conotação positiva. Esta técnica redefine sintomas ou comportamentos negativos como elementos funcionais e úteis para o sistema familiar. Através da conotação positiva, os membros da família são incentivados a reconhecer os recursos e condições necessárias para enfrentar as suas dificuldades. Este método, enquanto estratégia terapêutica, é essencial para promover a coesão familiar, ao interpretar comportamentos sintomáticos como mecanismos que visam preservar a funcionalidade familiar. Assim, a valorização de ações inicialmente percebidas como prejudiciais permite aceder à lógica interna da família e reforçar a sua competência na gestão dos desafios enfrentados (Williams & Auburn, 2016; Figueiredo & Dias, 2023).

Outro contributo significativo da Escola de Milão é a utilização dos rituais familiares como ferramenta terapêutica. Estas ações, que envolvem todos os membros da família, são cruciais para promover o sentimento de pertença e fortalecer a coesão familiar. Embora todas as famílias possuam rituais implícitos ou explícitos, a intervenção terapêutica pode passar pela prescrição de novos rituais ou pela reestruturação dos existentes, promovendo a reorganização das dinâmicas familiares e contribuindo para a sua estabilidade (Figueiredo & Dias, 2023).

A utilização de metáforas é outra técnica amplamente descrita na abordagem terapêutica às famílias. As metáforas permitem ao enfermeiro apresentar, de forma simbólica e não confrontativa, a situação vivenciada pela família, facilitando assim a identificação de respostas e recursos próprios para a resolução dos problemas. O papel central das metáforas reside na sua capacidade de promover o envolvimento emocional dos membros da família, permitindo a criação de uma ponte entre o pensamento racional e a linguagem analógica. Deste modo, as metáforas abrem caminhos de comunicação que abrangem as dimensões emocional e relacional. Para que sejam eficazes, é essencial que o enfermeiro atribua às metáforas um significado terapêutico, possibilitando à família refletir sobre a sua situação sob uma nova perspetiva. Esta abordagem facilita a emergência de novas formas de compreender as dificuldades enfrentadas e de encontrar alternativas viáveis para superá-las. Representar o problema através de metáforas ajuda a família a redefini-lo, incentivando uma visão transformadora e adaptativa (Zuluaga, Mesa, Valencia & Bustamante, 2020; Figueiredo & Dias, 2023)

A descrição da prestação de cuidados a cada família inicia-se com a apresentação dos dados relativos ao número de consultas realizadas e à presença dos diferentes elementos do agregado familiar em cada sessão. Posteriormente, será detalhado o processo de colheita de

dados, englobando aspetos como a composição familiar, o tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos e a classe social. A avaliação familiar será conduzida com base nas dimensões do MDAIF – estrutural, de desenvolvimento e funcional. Serão abordadas as áreas de atenção correspondentes às necessidades identificadas, incluindo os critérios de diagnóstico e as dimensões operativas pertinentes.

Importa ainda salientar que, de acordo com as necessidades identificadas, foram implementados cuidados no âmbito da ESF dirigidos a todos os membros das famílias. Este acompanhamento incluiu, entre outros aspetos, a vigilância dos comportamentos de autogestão da doença crónica, nomeadamente a DM tipo 2. Assim, serão apresentados dados considerados relevantes para a análise do estado de saúde e do progresso dos comportamentos de autogestão da doença crónica por parte do membro da família em questão.

3.3.1. Família 1

Foram desenvolvidas três consultas na UCSP com a família 1, na qual esteve presente um elemento da mesma: S.F.. A L.F., impossibilitada de comparecer presencialmente às consultas devido à limitação funcional resultante de uma fratura recente no membro inferior, participou nas consultas via telefónica.

No sentido de obter dados relativamente à composição familiar, de forma específica e relevante, foram efetuadas questões lineares ao casal. O genograma, representado pela figura 9, serve como um instrumento de avaliação familiar que permite compreender a estrutura da família e os problemas biomédicos. Proporciona uma visão sobre o passado familiar, identifica possíveis problemas futuros e fornece informações sobre o desenvolvimento e o funcionamento da família. Sendo um diagrama visual da árvore genealógica, evidencia os vínculos familiares, acontecimentos relevantes e transições vivenciadas (Figueiredo, 2009).

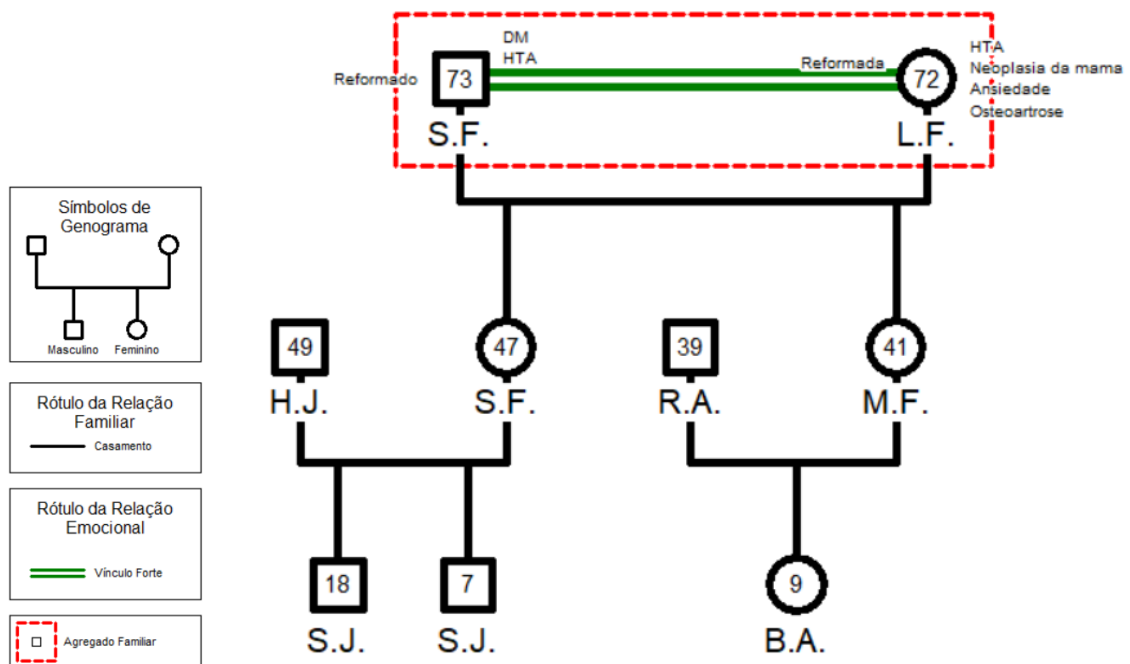


Figura 9 - Genograma da família 1

A identificação do tipo de família permite considerar as múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração. A família 1 é uma família nuclear, composta pelo S.F. de 73 anos e a sua esposa L.F. de 72 anos. Esta tipologia familiar é definida como “homem e mulher com um ou mais filhos biológicos...” (Figueiredo, 2009, p.269).

A partir da análise da sua composição familiar, é possível identificar os subsistemas individual (cada indivíduo), conjugal (marido e mulher), parental (pais e filhos) e fraternal (irmãos).

Em relação à família extensa, todos os membros mantêm um contacto telefónico diário com S.F. e L.F., uma vez que as filhas, genros e netos residem na Alemanha. O contacto presencial ocorre apenas 2 a 3 vezes por ano, durante o período de férias. Apesar disso, S.F. considera que estes familiares representam uma fonte de apoio emocional, orientação cognitiva e de conselhos. S.F. e L.F. identificam-se mutuamente como companhia social, incluindo também os irmãos e cunhados de ambos, com quem mantêm contacto pessoal semanalmente.

No âmbito da rede social, S.F. destaca um vínculo forte com os amigos, com quem organiza atividades de lazer: “fazemos todas as semanas convívios e vamos assistir a jogos de futebol”, considerando-os “a família que escolhemos, são muito importantes para mim”. Em contrapartida, refere um vínculo intermédio com a instituição de saúde UCSP e um vínculo fraco com a religião. Por sua vez, L.F. menciona um vínculo forte com a religião, afirmando:

“vou todos os domingos à missa, o S.F. é que não me costuma acompanhar”, bem como um vínculo moderado com os amigos e a UCSP.

Aludindo aos conceitos presentes na Escala de Notação Social da Família (*Graffar Adaptado*), esta família pertence à classe social média, sendo que um dos membros possui apenas o 4º ano de escolaridade, tendo posteriormente frequentado um curso profissional, associado a uma profissão de grau 3 (empregado de escritório grau ↑). A principal fonte de rendimento familiar provém de reformas mensais. A família reside numa casa própria em bom estado de conservação, situada num bom local para residência.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na família 1 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas no quadro 1.

Quadro 1 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 1, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Conhecimento e capacidade de gestão
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento dos riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Utilização de rede pública/privada
Animal Doméstico	Presença ou ausência	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação Sexual
		Função Sexual
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de Papéis
		Relação Dinâmica

No âmbito da dimensão estrutural, relativamente ao rendimento familiar da família 1, a sua origem situa-se no grau 4 (reformas mensais). O S.F. revela conhecimento e capacidade para gerir o rendimento de forma adequada às despesas familiares, afirmando “temos que saber gerir o que temos, não passamos dificuldades nem temos dívidas”.

Em relação ao edifício residencial, a família dispõe de uma casa grau 3 (casa em bom estado de conservação), bem-adaptada às suas necessidades atuais, assim como às da restante família. Quanto ao sistema de aquecimento, possuem um fogão a lenha na cozinha e demonstram conhecimentos sobre a sua utilização segura, evitando situações de risco. O abastecimento de gás é realizado através de botijas armazenadas no exterior, sendo manipuladas apenas quando necessário para substituição. O abastecimento de água é assegurado pela rede pública, assim como o sistema de esgotos. A recolha de resíduos sólidos é assegurada pelos serviços municipalizados, e a família refere realizar a triagem desses resíduos.

Quanto ao ambiente biológico, a família nega a existência de animais domésticos.

Com base nos dados apresentados, foram identificados os seguintes diagnósticos: Rendimento Familiar não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado. Estes fatores configuram-se como recursos importantes para a família 1, contribuindo para a estabilidade e o bem-estar do seu núcleo familiar.

No que diz respeito à dimensão de desenvolvimento, a área de atenção avaliada foi a satisfação conjugal. A avaliação dos tópicos planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental não se aplica às famílias em estudo. No âmbito da satisfação conjugal, foram consideradas a relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual.

A identificação da etapa do ciclo vital familiar constitui um passo essencial para compreender o contexto em que a família se insere, permitindo assim uma intervenção mais direcionada e eficaz. De acordo com as etapas do ciclo vital definidas por Relvas (2000), a família em análise encontra-se na quinta etapa do ciclo vital, designada como a fase da "família com filhos adultos".

No âmbito da relação dinâmica, S.F. foi questionado de forma linear sobre como se sentia com a partilha das tarefas domésticas com a L.F. “(...) sempre que é necessário eu ajudo, ajudamo-nos mutuamente (...) quando ela fraturou a perna fui eu que assumi as tarefas domésticas todas, preocupo-me com o bem-estar da família e sinto-me bem a ajudar no que for preciso”. Quanto ao tempo que passam juntos, utilizaram-se questões de escala, questionando-se, de 0 a 10 onde 0 é nada satisfeito e 10 é muitíssimo satisfeito, como é que S.F. se sentia em

relação a esta questão, S.F. respondeu “talvez um 9, sabe enfermeira como estamos reformados passamos bastante tempo em conjunto”. Considerando esta resposta, questionou-se sobre a existência de atividades que gostam de realizar em conjunto, ao qual S.F. respondeu “(...) passear, fazer caminhadas, convívios em família”. Face a isto, reforçou-se a importância dos rituais familiares na manutenção da coesão familiar. Em relação à forma como partilham os seus sentimentos, utilizou-se o questionamento linear e circular para dar resposta às atividades diagnósticas. Assim, foi questionado sobre “(...) como é que expressa aquilo que sente à L.F.?”, “(...) e como é que o S.F. se sente quando a L.F. partilha os sentimentos dela e quanto à forma como ela o faz?” S.F. respondeu que “(...) normalmente eu digo-lhe o que sinto, seja bom ou mau, mantemos uma comunicação aberta e franca e sinto-me particularmente satisfeito com a maneira como ela expressa as suas emoções, demonstrando autenticidade e sensibilidade”. Face à expressão de emoções negativas, S.F. revela que “(...) sempre falei com ela sobre tudo, inclusivamente sobre o que me entristece ou incomoda. Posto isto, elogiaram-se as respostas oferecidas e congratulou-se o S.F. pela relação que construiu e manteve ao longo dos anos com L.F..

No que diz respeito à comunicação foi utilizado o questionamento linear e circular: “conversam sobre as expectativas e receios de cada um?”, “sente-se satisfeito com a forma como vocês comunicam? mudaria alguma coisa?”. S.F. revela que “(...) ao longo da nossa vida, sempre mantivemos uma comunicação aberta sobre todos os assuntos. Tenho a impressão de que ela, assim como eu, está tranquila e satisfeita com a relação que construímos e com a forma como abordamos os desafios que surgem. Não sinto que haja necessidade de mudar algo, pois considero que a nossa comunicação é harmoniosa e equilibrada.”. Mesmo quando surgem divergências de opinião, “(...) é tranquilo, se não chegarmos a acordo agora, mais tarde acabamos por encontrar um entendimento, normalmente, sou eu quem cede primeiro”.

Face à interação sexual, foram utilizadas questões lineares no sentido de perceber se o S.F. se sentia satisfeito com o padrão de sexualidade do casal? O S.F. refere “não temos tido nenhum problema com essa questão”. Não foram expressos nenhuns dados por parte de S.F. que direcionassem para a possibilidade de existir uma função sexual comprometida.

Assim sendo, segundo a perspectiva de S.F. e com base nos dados obtidos sobre a satisfação conjugal, o casal demonstra uma Relação Dinâmica não Disfuncional, uma Comunicação Eficaz e a Interação Sexual Adequada, o que se traduz como sendo uma força e recurso para a família 1.

No que se refere à dimensão funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção que diz respeito ao processo familiar, considerando o *coping* familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica.

S.F. revelou, através do questionamento circular, que é ele que por norma identifica os problemas “(...) sou eu, sem margem para dúvida. É claro que pode haver discussões uma ou outra vez, mas rapidamente nos resolvemos”. Assim, questionou-se de forma linear se, S.F. se sente satisfeito por ser quem identifica os problemas e com a forma como são discutidos e abordados esses problemas com L.F.? e se utilizam ou já utilizaram recursos externos para a resolução dos mesmos? ao qual S.F. responde estar satisfeito e que “(...) falarmos um com o outro tem sido suficiente, resolvemos entre nós não precisamos de interferência de ninguém”.

Relativamente à interação de papéis, não foram identificados indícios de conflitos relacionados com os papéis familiares na perceção de S.F.. Além disso, no âmbito da relação dinâmica, não foi reconhecida qualquer discrepância de poder em relação a LF. Existe união e S.F. manifesta satisfação com a forma como as opiniões são partilhadas. Quanto à funcionalidade familiar, após a aplicação da escala de *Apgar* Familiar de *Smilkstein* ao S.F., revelou que, na sua avaliação, a família é altamente funcional, obtendo a pontuação total de 9 pontos (com destaque para a atribuição de 1 ponto no critério “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”).

Ambos os membros do casal professam a religião católica, no entanto, apenas a esposa se identifica como praticante. Não foram identificadas crenças adicionais de carácter espiritual ou cultural. As suas crenças relativamente à intervenção dos profissionais de saúde são positivas, ou seja, consideram essas intervenções fundamentais para a promoção e manutenção do estado de saúde e para uma melhor adaptação às novas condições de saúde.

Com base nos dados analisados no contexto da dimensão funcional, foi possível identificar o diagnóstico de Processo Familiar não Disfuncional, o que se destaca como uma força e um recurso significativo para a família 1.

Os dados recolhidos incluíram não só a família como unidade, mas também os seus elementos de forma individual, uma vez que a DM e as suas complicações afetam o sistema familiar e as suas interações. Para avaliar esta doença crónica, foi aplicado ao S.F. a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (Anexo II). Esta escala, traduzida e adaptada para português com base no *Summary of Diabetes Self-Care Activities*, avalia os comportamentos de autocuidado das pessoas com DM (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

A Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes é uma ferramenta utilizada para medir a frequência com que as pessoas realizam atividades relacionadas com a gestão da diabetes, como o controlo da alimentação, prática de exercício físico, monitorização dos níveis de glicémia capilar, cuidado com os pés, adesão ao regime terapêutico e hábitos tabágicos. As questões respondidas pelo S.F. dizem respeito aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, permitindo avaliar o grau de compromisso com o autocuidado essencial para a gestão da DM.

Em relação à alimentação geral, considera que, nos últimos sete dias manteve sempre uma alimentação saudável, incluindo diariamente cinco ou mais peças de fruta e/ou porções de vegetais, conforme o plano alimentar recomendado nas consultas do Programa Nacional da Diabetes, pela enfermeira e médico de família.

No que respeita à alimentação específica, S.F. refere que consumiu carnes vermelhas em média três dias, e em nenhum dia acompanhou as refeições principais com pão, nem combinou dois ou mais hidratos de carbono na mesma refeição. O consumo de bebidas alcoólicas durante ou fora das refeições principais ocorreu apenas em um dia, geralmente ao domingo, durante os convívios com amigos ou familiares. Não costuma consumir alimentos doces (como bolos, pasteis, compotas ou chocolates) em nenhum dia, embora adoce frequentemente as suas bebidas, especialmente o café, com açúcar ao longo dos sete dias da semana.

No que diz respeito à atividade física, S.F. realiza exercício em casa como parte da sua rotina diária, caminhando pelo menos 30 minutos por dia ao longo dos últimos sete dias. Em nenhum destes dias participou numa sessão de exercício físico específica além do referido anteriormente. Perante estes dados partilhados procurou-se ensinar o casal sobre o padrão de exercício físico adequado e negociar com o casal um padrão de exercício físico adequado. S.F. foi elucidado sobre a atividade física ser essencial para a prevenção, tratamento e controlo da DM. Na DM tipo 2 o nosso organismo perde a capacidade de utilizar corretamente a glicose devido ao aumento da resistência periférica à ação da insulina (...) o que acontece durante o exercício físico é que os nossos músculos conseguem utilizar a glicose sem necessidade de insulina, o que contribuiu para a redução desse nível no sangue. Para facilitar a compreensão, apresento o seguinte exemplo: “imagine que a açúcar é uma pessoa que necessita de entrar numa sala (as células), sendo a insulina o porteiro responsável por abrir a porta. No caso de resistência à insulina, o porteiro tem dificuldade em abrir a porta, tornando este processo menos eficiente. Contudo, ao realizarmos atividade física, a porta consegue abrir-se de forma

automática, sem depender do porteiro, o que contribui para a redução dos níveis de açúcar no sangue”.

Quando questionados sobre a forma como se sentem em relação a começarem a fazer exercício físico juntos, demonstraram algum interesse. Tentou-se negociar “e se começarem de forma simples e adaptada à vossa rotina (...) que tal começarem com caminhadas de 15 a 20 minutos? Talvez possam fazer isso juntos (...) assim, podem conversar enquanto caminham e fazer da atividade física algo agradável. No início, pode parecer um pouco difícil, mas é importante começar devagar. E, se para tornar a atividade mais motivante, nos convívios de domingo com os amigos incluírem um tipo de exercício físico? Podiam fazer uma caminhada em grupo ou outro desporto leve (...) assim, para o S.F. pode ser uma maneira divertida de socializar e manter-se ativo.”

S.F. afirma que não foi recomendada a avaliação diária da glicémia capilar, sendo que esse controlo é realizado apenas nas consultas na UCSP.

Relativamente aos cuidados com os pés, S.F. mantém uma higiene rigorosa, lavando-os diariamente e secando cuidadosamente os espaços interdigitais. Além disso, examina-os com atenção, verificando possíveis alterações, como calos, micoses, fissuras, feridas ou alterações de cor, cerca de três vezes por semana. Com o intuito de promover a adoção de outros comportamentos de vigilância e cuidado com os pés, foram reforçadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar sobre os cuidados de higiene e vigilância dos pés (evitar andar descalço, não usar meias apertadas, evitar fontes de calor, verificar o interior dos sapatos e meias, e usar calçado confortável) e motivar a adoção de comportamentos de vigilância diários, como parte integrante da rotina quotidiana.

Durante os sete dias da semana, segue com precisão a posologia e os horários da terapêutica antidiabética oral prescrita. Nunca possuiu hábitos tabágicos. Estes comportamentos foram reforçados positivamente.

No final da entrevista, foi utilizada uma metáfora com o objetivo de incentivar a mudança de alguns comportamentos, enquanto se reforçam positivamente os comportamentos já adotados, comparando-se “a DM a conduzir um carro numa viagem longa. Para chegar ao destino em segurança, é preciso estar atento ao painel, ajustar a velocidade e fazer manutenções regulares (...) ignorar os sinais do carro ou andar sempre em alta velocidade pode levar a problemas maiores. Assim como um bom condutor, cuidar da DM exige atenção diária e decisões conscientes para evitar complicações”.

3.3.2. Família 2

Foram realizadas duas consultas na UCSP com a família 2, na qual esteve presente um dos seus membros, identificado como R.G.. Embora apenas um membro da família 2 estivesse presente no decorrer das consultas, ao adotar o paradigma sistêmico como fundamento da prática de ESF, reconhece-se que as intervenções direcionadas a uma pessoa têm repercussões abrangentes sobre a dinâmica e funcionamento do sistema familiar como um todo.

Para obter informações específicas e relevantes sobre a composição da família, foram dirigidas questões lineares ao membro presente nas consultas. O genograma, ilustrado na figura 10, foi utilizado como instrumento de avaliação. A tipologia da família é descrita por Figueiredo (2009) como um inventário que classifica a família de acordo com sua composição e os vínculos estabelecidos entre os seus membros, os quais influenciam as funções internas e externas associadas ao seu desenvolvimento. A família 2 foi identificada como sendo do tipo alargada, caracterizada por "três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco".

A análise da composição familiar revelou a presença de quatro subsistemas: o individual (representando cada membro da família), o conjugal (constituído pelo casal), o parental (formado pelos pais e filhos), e o fraternal (composto pelos irmãos).

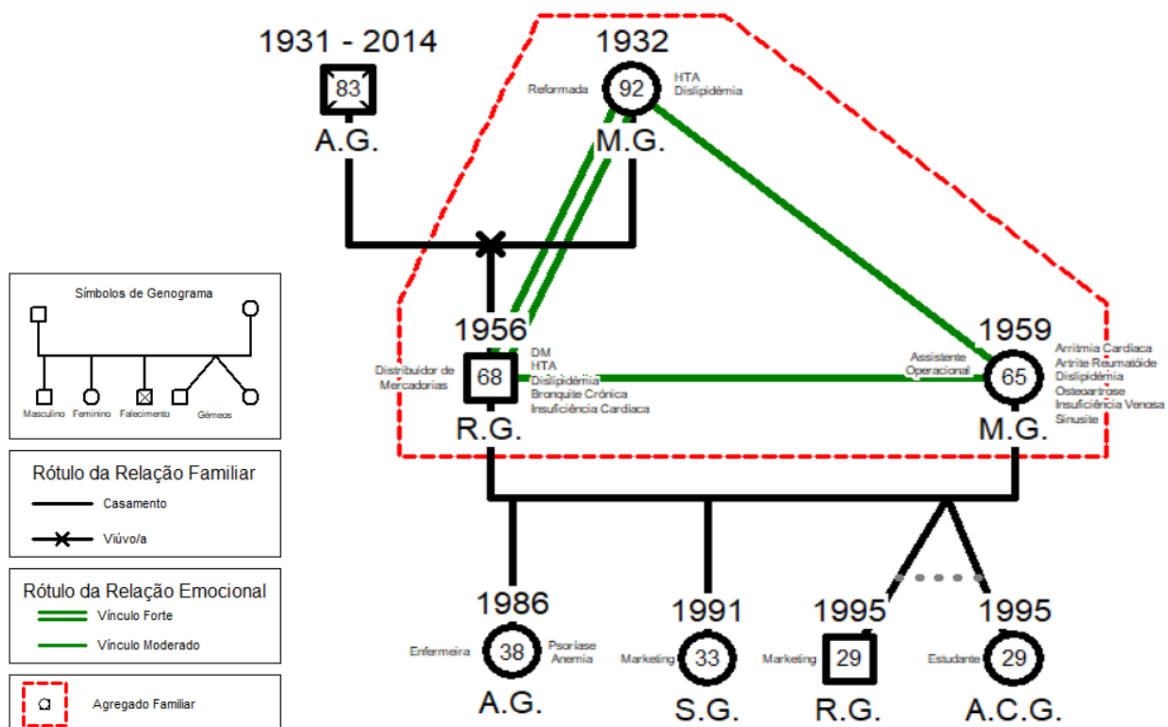


Figura 10 - Genograma da família 2

Com base no paradigma sistémico e considerando a dinâmica da família extensa, verifica-se que os membros mantêm interações diárias, maioritariamente mediadas por comunicação telefónica, com os filhos A.G., S.G., R.G. e A.C.G. Estas interações são condicionadas pela dispersão geográfica, dado que os filhos residem em Lisboa, Faro e Inglaterra devido às suas obrigações profissionais. Apesar da distância física, os encontros presenciais ocorrem de forma recorrente durante eventos festivos ou nos períodos de férias. R.G. refere que a acessibilidade proporcionada pelos meios tecnológicos, como o telefone e a internet, facilita a obtenção de apoio emocional, orientação cognitiva e conselhos junto de qualquer um dos filhos. Relativamente à interação com a mãe, M.G., e a esposa, M.G., esta é descrita como diária, caracterizando-se por oferecer suporte social e promover o sentimento de companhia.

A análise das funções desempenhadas pelos elementos da rede familiar extensa permite não apenas identificar esses indivíduos como recursos significativos, mas também compreender a relevância da família extensa no seu contexto de vida.

No que concerne aos sistemas mais amplos e às relações mantidas por R.G., este relata a existência de um vínculo intermédio com os amigos, descrevendo-os como “poucos, mas bons”. Paralelamente, identifica vínculos fortes com o contexto laboral e com as instituições de saúde, nomeadamente a UCSP e o Serviço de Consulta Externa do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Aludindo aos critérios estabelecidos pela Escala de Notação Social da Família (*Graffar Adaptado*), a família pertence à classe social média. Um dos seus membros possui o 12.º ano de escolaridade, associado a uma ocupação profissional enquadrada no grau 4. O rendimento familiar é proveniente de vencimentos regulares. Detêm uma casa própria em bom estado de conservação, localizada numa zona de classificação intermédia.

Relativamente às áreas de atenção analisadas na família 2, com base nas dimensões de avaliação previstas na matriz operativa do MDAIF, estas encontram-se sintetizadas no quadro 2.

Quadro 2 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 2, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Conhecimento e capacidade de gestão
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento dos riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Utilização de rede pública/privada
Animal Doméstico	Presença ou ausência	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação Sexual
		Função Sexual
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de Papéis
		Relação Dinâmica

No âmbito da dimensão estrutural, relativamente ao rendimento familiar, este provém exclusivamente de rendimentos fixos. R.G. demonstra não só competência, mas também conhecimento sobre a gestão dos recursos financeiros da família, ajustando-os de acordo com as necessidades e despesas do agregado familiar. Como referido por R.G.: "para além dos vencimentos mensais, a minha mãe também contribui com a sua reforma, o que ajuda a assegurar a estabilidade financeira, a segurança e a satisfação das necessidades básicas da família".

Relativamente ao edifício residencial, a família 2 reside numa habitação que se revela totalmente adequada às necessidades atuais dos seus membros. A residência encontra-se equipada com sistema de aquecimento central e gás de botija, sendo que R.G. é o único responsável pela sua manipulação. Este possui um domínio total sobre as condições de armazenamento do gás e demonstra conhecimento sobre a sua gestão. O fornecimento de água é garantido pela rede pública, e a família não possui animais de estimação.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado, os quais se configuram como recursos significativos para a família 2.

No âmbito da dimensão de desenvolvimento, a área de atenção avaliativa focou-se na Satisfação Conjugal. Para a análise desta dimensão, foram considerados diversos fatores, incluindo a relação dinâmica, a comunicação, bem como a interação e a função sexual. As áreas relacionadas ao planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental não foram objeto de avaliação, uma vez que não se ajustavam à fase do ciclo vital da família em questão.

De acordo com as etapas do ciclo vital familiar propostas por Relvas (2000), a família em análise encontra-se posicionada na quinta etapa, designada como "família com filhos adultos".

No âmbito da análise da relação dinâmica, R.G. expressou satisfação relativamente à partilha das tarefas domésticas, afirmando: “sim, sinto-me satisfeito; aliás, sempre estive habituado a fazer tudo em casa. Sou eu que realizo todas as tarefas domésticas”. Quando questionado sobre o impacto dessa partilha na sua vida, através de uma questão reflexiva, “Esta sobrecarga de tarefas tem afetado negativamente a sua vida em geral?” R.G. respondeu: “nunca pensei sobre isso. Quando os nossos filhos eram pequenos, isso nunca foi um problema para nós. Era natural essa divisão equilibrada entre nós. Concordávamos que devíamos ser um exemplo para os nossos filhos. Há uns anos, a minha esposa procurou melhores condições de trabalho noutra localidade, acabando por passar menos tempo em casa. Eu preferi manter-me no meu local de trabalho, passando mais tempo próximo da minha mãe”. Diante dessa resposta, foram colocadas questões complementares, como: “Considera que a presença da sua mãe facilita ou dificulta a partilha das tarefas e responsabilidades? De que forma a sua mãe participa na gestão das tarefas domésticas? e Considera que a sua mãe tem um papel de apoio ou, pelo contrário, aumenta a carga de responsabilidades familiares?”. Em resposta, R.G. afirmou: “Eu diria que ela tem um papel de apoio. Apesar de morar connosco, é bastante autónoma e procura contribuir em vez de criar dependência. Claro que, com a idade dela, a realização de tarefas domésticas se torna mais difícil, mas, ainda assim, demonstra sempre disponibilidade para realizar as coisas mais simples”.

Relativamente à satisfação de R.G. com o tempo que partilha com a sua esposa, M.G., foram utilizadas questões de escala, circulares e reflexivas, com o objetivo de identificar as interações no casal e promover novas perspetivas sobre a sua relação. Foi colocada a seguinte questão: “Considerando a vossa relação desde o início até agora, como se sente, numa escala

de 0 a 10, em que 0 representa uma situação muitíssimo pior e 10 uma situação muitíssimo melhor, relativamente ao tempo que partilham um com o outro?”. Em resposta, R.G. afirmou: “É claro que o tempo que passamos juntos não é igual ao que vivemos até à saída dos nossos filhos de casa... Mas se isso teve influência na nossa relação? Sim, claro que teve. Esse tempo partilhado em conjunto é crucial numa relação. Portanto, eu diria um 5, porque as circunstâncias da vida também não permitem mais tempo juntos, como antes. Quase nem tempo temos para partilhar atividades em conjunto; apenas mantemos os convívios familiares com os nossos filhos. Quanto àquilo que a M.G. acha, acredito que ela partilhe da mesma opinião que eu, pelo menos é o que ela me faz sentir”. Foi também colocada uma questão adicional: “De que forma a presença da sua mãe na mesma residência afeta o tempo que partilham enquanto casal?”. R.G. respondeu: “A presença da minha mãe não afeta negativamente o tempo que passo com a M.G.. Por vezes, é ela quem sugere que eu e a minha esposa deveríamos tirar algum tempo só para nós. Contudo, há momentos em que me sinto dividido entre a atenção que lhe devo dar a ela e à minha esposa. É uma questão de equilíbrio que tentamos manter”.

No que diz respeito à comunicação no casal, foi colocada a questão: “Sente que expressam exatamente o que sentem e como se sentem um ao outro?”. R.G. respondeu: “penso que sim. Partilhamos as coisas positivas e as negativas, e até debatemos expectativas ou problemas que envolvem os nossos filhos”. Posteriormente, questionou-se: “Quando há discordância de opinião, conseguem chegar a acordo?”, ao que R.G. afirmou: “sim, habitualmente conseguimos. Claro que, por vezes, pode ser um pouco difícil, mas acabamos por ceder: umas vezes eu, outras vezes ela”. Após validação com R.G., concluiu-se que, na sua perspetiva, o casal mantém conversas sobre expectativas e receios e que ambos se encontram satisfeitos com o padrão de comunicação existente.

No que concerne à interação sexual, foram utilizadas questões lineares para obter informações concretas e objetivas. Apesar de R.G. ter fornecido respostas de carácter superficial, não foram identificados indícios que apontem para um padrão disfuncional ou comprometido nesta dimensão. Foram, ainda, realizadas perguntas reflexivas para explorar de forma mais aprofundada a dinâmica conjugal no contexto da convivência com a mãe. Quando questionado sobre se: Considera que a presença da sua mãe na mesma residência interfere na privacidade ou na intimidade do casal? Como gere a necessidade de manter a privacidade conjugal enquanto vive com a sua mãe? Acredita que a sua mãe percebe a importância de respeitar os momentos de intimidade entre si e a sua esposa?”. Ao qual, R.G. respondeu: “Não sinto que a presença da minha mãe interfira na nossa intimidade. Ela é compreensiva e respeita os nossos momentos

como casal. Claro que há momentos em que é necessário gerir a nossa privacidade de forma mais cuidadosa, mas nunca senti que fosse um problema significativo”.

Com base nos dados apresentados, e na perspetiva de R.G., conclui-se que o casal apresenta a Satisfação Conjugal não Mantida, atribuindo-se tal facto à existência de uma Relação Dinâmica Disfuncional. Face a este diagnóstico, foram implementadas intervenções de enfermagem com o propósito de reverter esta situação, promovendo a melhoria da satisfação conjugal e a harmonia na dinâmica familiar. As intervenções implementadas incluíram:

- Planear rituais familiares (Incentivar o casal a criar momentos fixos para passar tempo de qualidade juntos, como refeições, passeios ou pequenos rituais matinais/noturnos);
- Motivar para atividades em conjunto (Promover a identificação e realização de atividades que o casal possa realizar em conjunto, respeitando os interesses e a disponibilidade de ambos).

No que diz respeito à dimensão funcional, procedeu-se à avaliação da área de atenção relativa ao processo familiar, contemplando a comunicação familiar, o *coping* familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica.

No âmbito da comunicação, durante a consulta, R.G. respondeu às questões formuladas com o objetivo de compreender o funcionamento familiar e a relação entre os seus membros. Predominou o uso do questionamento linear, com perguntas como: "Quem na família expressa mais os sentimentos? Todos expressam os seus sentimentos na família sem receio de incompreensão? Todos na família se expressam de forma clara e direta, permitindo a compreensão mútua?" R.G. afirmou que, na família, todos os membros tentam comunicar de forma aberta "(...) quem expressa mais os seus sentimentos, acredito que seja a minha filha mais nova, a A.G.. Quanto à compreensão mútua, tentamos sempre ouvir-nos e entender-nos, respeitando a opinião de todos". Adicionalmente, foram incluídas questões reflexivas para explorar possíveis influências externas na dinâmica de comunicação do casal, nomeadamente: "Sente que a presença da sua mãe interfere nas vossas conversas ou na forma como comunicam enquanto casal? e Há algum tema que evita discutir com a sua esposa devido à presença da sua mãe?". R.G. explicou, "a minha mãe não interfere nas nossas conversas, mas há certos temas que prefiro evitar discutir na sua presença, principalmente assuntos mais privados ou relacionados com decisões enquanto casal, por uma questão de respeito e para evitar desconfortos desnecessários”.

Em relação ao *coping* familiar, a análise revelou que, habitualmente, ambos os membros do casal identificam os problemas, sendo R.G. quem assume a iniciativa na sua resolução. Verificou-se também que existe uma partilha das perceções individuais dentro do sistema familiar, e R.G. manifestou satisfação com a forma como os problemas têm sido resolvidos até ao momento. Quando questionado sobre a utilização de recursos externos para a resolução de problemas, R.G. afirmou: "não, em nossa casa resolvemos os nossos problemas e até agora tem corrido tudo bem".

No que diz respeito à interação de papéis, não foram identificados indícios de conflito ou saturação na perceção de R.G., uma vez que ele próprio assume os papéis de gestão financeira e de cuidado doméstico. Já os papéis de provedor e de parente são compartilhados por ambos os elementos do casal.

No que diz respeito à relação dinâmica, o membro da família identificado como detentor de maior poder, devido à sua experiência e influência nas decisões familiares, é R.G. Segundo o próprio, existe uma satisfação da família face à sua influência nos comportamentos dos outros, assim como uma interação recíproca, onde cada membro também exerce influência sobre os comportamentos dos demais. Para complementar a avaliação da dinâmica familiar, foi aplicado a R.G. o APGAR Familiar de *Smilkstein*, com o intuito de avaliar a sua perceção sobre a funcionalidade da família. A pontuação obtida foi de 9 pontos, classificando a família como altamente funcional (com destaque para a atribuição de 1 ponto no critério "Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família"). Numa visão apreciativa do sistema de crenças da família, verificou-se que todas as três gerações professam a religião católica, embora atualmente nenhum dos membros seja praticante. Não foram identificadas crenças adicionais de carácter espiritual ou cultural. Relativamente à intervenção dos profissionais de saúde, as crenças da família são positivas, considerando essas intervenções essenciais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar. Quanto aos valores que orientam o padrão funcional da família, destacam-se o respeito, a empatia, a sensibilidade e o amor-próprio.

No âmbito da dimensão funcional, foi possível identificar o diagnóstico de Processo Familiar não Disfuncional, concluindo-se que, na perspectiva de R.G., este constitui uma força e um recurso para a família 2.

Para além da avaliação e intervenção familiar, foi também realizada a avaliação e intervenção específica em um dos membros da família, especificamente o R.G. A vantagem da avaliação familiar, alicerçada na perspectiva sistémica, reside no facto de, mesmo quando a dinâmica familiar parece equilibrada e dentro dos parâmetros esperados, as técnicas utilizadas

permitem que o membro da família reflita sobre questões que transcendem o agregado familiar imediato, mas que podem influenciar o sistema familiar de forma significativa, agora ou no futuro. No caso de R.G., este apresenta o diagnóstico clínico de DM tipo 2, uma condição crónica que resultou no desenvolvimento de uma úlcera no pé direito. Esta complicação, frequentemente associada à DM, exige acompanhamento contínuo e tratamento especializado, o qual é realizado na UCSP e no serviço da consulta externa do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, com tratamentos periódicos três vezes por semana. Dado o impacto desta doença crónica na qualidade de vida e nas atividades diárias, torna-se pertinente a aplicação da Escala de Atividades de Auto-Cuidado com a Diabetes, uma ferramenta fundamental para avaliar a capacidade de R.G. para gerir de forma autónoma a sua doença, refletindo sobre a adequação dos seus comportamentos de autocuidado e a eficácia das estratégias implementadas no controlo da doença (Anexo III).

Relativamente à alimentação geral, R.G. refere ter mantido uma dieta equilibrada durante cerca de três a quatro dias na última semana. Contudo, destaca-se o consumo diário de cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais. No que concerne à alimentação específica, não foi registado qualquer consumo de carnes vermelhas no período em análise. R.G. relata acompanhar as refeições principais, ao longo dos sete dias, com pão, frequentemente utilizado como substituto de outros hidratos de carbono, como arroz, batatas, massas ou leguminosas. O consumo de bebidas alcoólicas ocorreu durante as refeições principais ao longo dos sete dias, não se verificando o consumo fora deste contexto. O consumo de alimentos doces, como bolos, pastéis, compotas ou chocolates, foi limitado a dois dias durante a semana. Refere, ainda, não adicionar açúcar às suas bebidas.

No que respeita à atividade física, R.G. realiza exercício integrado na sua atividade profissional, caminhando mais de 30 minutos por dia durante os últimos sete dias. Não participou, em nenhum destes dias, numa sessão de exercício físico específica.

Quanto à monitorização da glicémia capilar, R.G. realiza a avaliação duas vezes por dia, seguindo as recomendações médicas e os ensinamentos transmitidos pela equipa de enfermagem.

Relativamente aos cuidados com os pés, refere manter uma higiene rigorosa, lavando-os diariamente e secando cuidadosamente os espaços interdigitais. Além disso, realiza uma vigilância diária dos pés como parte da sua rotina. R.G. apresenta neuropatia periférica, uma complicação associada à DM, estando consciente dos riscos acrescidos que esta condição implica e demonstrando conhecimento sobre as medidas preventivas necessárias.

No âmbito da adesão terapêutica, R.G. cumpriu, ao longo dos últimos sete dias, de forma rigorosa, a posologia e os horários prescritos para a terapêutica antidiabética oral e a insulinoterapia.

Por fim, no que diz respeito aos hábitos tabágicos, R.G. não fumou durante a última semana e refere ter cessado o consumo de tabaco há aproximadamente dois anos.

Para explorar a transição a saúde-doença que o R.G. está a vivenciar, recorreu-se ao conhecimento do Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, proposto por Prochaska e Di Clemente, aliado à abordagem da EM.

O Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, introduzido por Prochaska e Di Clemente em 1982, foi posteriormente refinado, dando lugar à definição de cinco estádios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Toral & Slater, 2007). A EM é uma estratégia interventiva que visa responder às necessidades individuais, fomentando mudanças comportamentais e auxiliando a pessoa a explorar e resolver as ambivalências que possa sentir ou perceber. A motivação para a mudança deve emergir da própria pessoa, sendo indispensável a existência de vontade intrínseca para que esta se concretize. Entre os princípios fundamentais da EM incluem-se a expressão de empatia, a identificação de discrepâncias, a gestão da resistência, o evitamento de confrontos diretos, o reforço da autoconfiança e da percepção de capacidade pessoal, bem como a utilização de questões abertas, a reflexão e a síntese dos aspetos essenciais (Silva, Ferreira, Jardimino, Nascimento & Sabino, 2022).

A integração da EM na consulta procura aliar as especificidades do estádio de mudança comportamental identificado às estratégias motivacionais adequadas, com o objetivo de potenciar a motivação da pessoa para a mudança.

R.G. encontrava-se no estádio de Contemplação, caracterizado pelo início de uma reflexão sobre a possibilidade de mudança comportamental no futuro. Neste estádio, a pessoa reconhece a existência de um problema e demonstra uma intenção séria de o superar, embora ainda não tenha assumido um compromisso decisivo. Apesar disso, evidencia uma compreensão clara dos benefícios associados à mudança (Toral & Slater, 2007).

Durante a EM, tornou-se essencial iniciar o processo com o reconhecimento das práticas positivas já adotadas por R.G., de modo a estabelecer uma relação de confiança e a reforçar a motivação. Assim, procedeu-se ao elogio do rigor demonstrado na monitorização da glicémia

capilar, nos cuidados diários com os pés e no cumprimento consciencioso da terapêutica prescrita.

Durante a exploração dos hábitos alimentares, R.G. referiu a substituição recorrente de hidratos de carbono, como batata, massa ou leguminosas, por pão nas refeições principais. Adicionalmente, relatou o consumo regular de bebidas alcoólicas durante as refeições, um comportamento que poderá ter um impacto negativo no controlo glicémico. Perante esta informação, adotou-se uma abordagem reflexiva e colaborativa, questionando: "Como considera que estas escolhas alimentares poderão influenciar os seus níveis de glicémia e o seu estado geral de saúde?" R.G. demonstrou consciência de que estas práticas poderiam ser melhoradas, mas mencionou dificuldades práticas e hábitos sociais que continuam a influenciar essas escolhas.

Com base nesta reflexão, foram delineadas intervenções graduais e ajustadas à realidade de R.G. Sugeriu-se, em particular, a substituição do pão por outras fontes de hidratos de carbono, de forma alternada nas refeições principais, promovendo assim uma maior diversidade nutricional. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, recomendou-se uma redução progressiva, propondo que, em dois dias por semana, este fosse substituído por alternativas como água ou chá, sem recorrer a estratégias de privação absoluta. Este método visou facilitar a adesão às alterações sugeridas, assegurando a viabilidade das mesmas no contexto da sua vida diária.

No que diz respeito à atividade física, R.G. indicou que as caminhadas diárias associadas à sua atividade profissional constituem a única forma de exercício atualmente praticada. Quando questionado sobre a possibilidade de integrar atividades adicionais, referiu não ter explorado essa hipótese, mas manifestou abertura para pequenos ajustes. Foi, então, proposta a realização de sessões curtas de alongamentos ou exercícios de baixo impacto, em casa, com uma duração inicial de 10 minutos, duas vezes por semana. Sublinhou-se que estas atividades poderiam complementar as caminhadas que realiza durante a atividade profissional, promovendo benefícios adicionais para o controlo metabólico e a saúde geral.

Antes de encerrar a consulta, foi valorizado o mérito de R.G. pelos hábitos já implementados, nomeadamente o rigor no cumprimento da terapêutica, os cuidados preventivos com os pés e a cessação do tabagismo há dois anos. Esta abordagem teve como objetivo reforçar a sua motivação intrínseca, sublinhando que as alterações comportamentais sugeridas seriam pequenos ajustes com potencial para melhorar significativamente a qualidade de vida e prevenir complicações futuras.

Por fim, foi recordado novamente o plano previamente definido em conjunto, que contemplava metas específicas, mensuráveis e atingíveis. Entre estas incluíam-se a diversificação das fontes de hidratos de carbono em refeições alternadas, a redução gradual do consumo de bebidas alcoólicas e a introdução de uma breve prática de exercício físico estruturado. Foi agendada uma consulta de reavaliação para um mês depois, com o intuito de monitorizar os progressos, ajustar as intervenções conforme necessário e reforçar os comportamentos positivos adotados.

Esta abordagem integrativa, alicerçada no Modelo Transteórico de Mudança Comportamental e na EM, permitiu uma intervenção individualizada, centrada na pessoa e alinhada com os princípios de promoção da saúde e gestão de doenças crónicas.

3.3.3. Família 3

A família 3 foi avaliada em três consultas realizadas na UCSP. Na primeira consulta, estiveram presentes A.C. e a sua neta, I.C.. Nas consultas seguintes, compareceu apenas A.C.. Os dados relativos à composição familiar foram obtidos através do questionamento linear dirigido aos membros presentes na primeira consulta, sendo apresentados no genograma representado na figura 11.

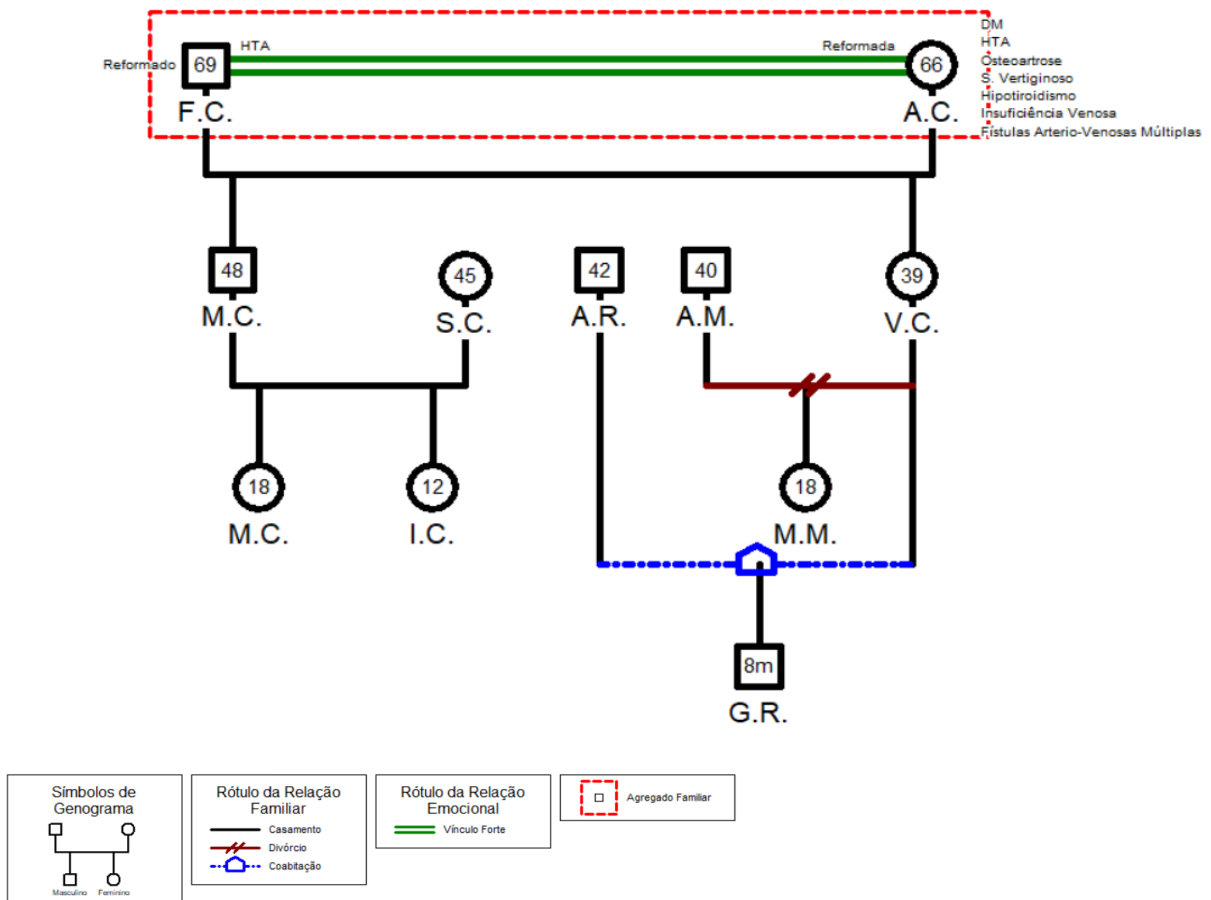


Figura 11 - Genograma da família 3

A família 3 é uma família do tipo nuclear, composta pelo F.C de 69 anos e a sua esposa A.C., de 66 anos. A partir da análise da sua composição familiar, é possível identificar os subsistemas individual (cada indivíduo), conjugal (marido e mulher) e parental (pais e filhos) e fraternal (irmãos).

Os membros do casal mantêm um contacto regular e próximo com a família extensa, facilitado pela proximidade das respetivas residências. Esse contacto é presencial e diário com os filhos, M.C. e V.C., e com os netos, I.C. e G.R. Com as netas, M.C. e M.M., o contacto ocorre por telefone e videochamada durante a semana, complementado por encontros presenciais ao fim de semana durante o habitual almoço de família, dado que estas se encontram a estudar na universidade. Tanto M.C. como V.C. desempenham um papel significativo, oferecendo apoio emocional, orientação cognitiva e conselhos. Para A.C., os netos e o marido F.C., são companheiros para atividades em conjunto e representam uma importante função de companhia social.

No que concerne aos sistemas mais amplos, A.C. descreve um vínculo forte com os vizinhos, amigos, a instituição de saúde UCSP, e a religião católica, frequentando semanalmente a missa.

De classe social média, a família corresponde à profissão e ao nível de instrução do grau 4 (escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos) da Escala de Notação Social da Família (*Graffar* Adaptado). O rendimento familiar provém das reformas, e a família reside numa casa bastante espaçosa e confortável, situada num bom local.

No que diz respeito às áreas de atenção avaliadas na família 3, através das dimensões de avaliação da matriz operativa do MDAIF, estas estão apresentadas no quadro 3.

Quadro 3 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 3, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Conhecimento e capacidade de gestão
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento dos riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Utilização de rede pública/privada
Animal Doméstico	Presença ou ausência	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica
		Comunicação
		Interação Sexual
		Função Sexual
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de Papéis
		Relação Dinâmica

Relativamente à dimensão estrutural, no que concerne ao rendimento familiar da família 3, a sua origem encontra-se no grau 4 (reformas mensais). No que se refere à gestão financeira,

a família não reporta dificuldades. No entanto, A.C. menciona: “isto só é possível devido à reforma do meu marido, que, devido à sua profissão, é superior à minha (...) porque, para ser sincera, enfermeira, a minha reforma não é suficiente para cobrir só a alimentação e a medicação mensal (...) mas, juntando as duas, conseguimos fazer uma gestão eficaz, de acordo com as despesas familiares”. Estes dados foram obtidos através do questionamento linear. A família possui um tipo de habitação de grau 2 (casa bastante espaçosa e confortável), adaptada às suas necessidades atuais. Relativamente ao aquecimento central e ao gás de botija, A.C. afirma ter conhecimento sobre a utilização segura de ambos. O abastecimento de água é feito através da rede pública. A família não tem, neste momento, qualquer animal doméstico.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado, pelo que estes se constituem como um recurso para a família 3.

Na dimensão de desenvolvimento, foi identificada a etapa do ciclo vital familiar e analisada a área da satisfação conjugal dos membros do casal A.C. e F.C., abrangendo aspetos como a relação dinâmica, a comunicação, a interação sexual e a função sexual. No entanto, não foram avaliadas as áreas relativas ao planeamento familiar, à adaptação à gravidez e ao papel parental no contexto da família em estudo.

A identificação da etapa do ciclo vital familiar constitui um elemento fundamental para compreender o contexto em que a família se encontra. De acordo com as etapas do ciclo vital definidas por Relvas (2000), a família analisada encontra-se na quinta etapa do ciclo vital, conhecida como a fase da "família com filhos adultos".

No âmbito da relação dinâmica, foi questionada a A.C. de forma linear e circular sobre “a satisfação do casal com a divisão/partilha de tarefas domésticas?” e “como geriram essa partilha após o internamento hospitalar recente de A.C., quando esta esteve mais dependente?”. A.C. respondeu prontamente: “sinto-me muitíssimo satisfeita, sabe, sempre fiz questão de o habituar a fazer tarefas domésticas (...) por norma, é sempre ele quem cozinha nos almoços de família. Durante o período após o meu regresso do hospital, ele fazia tudo em casa, nem me deixava tentar fazer nada (...) ele tem um cuidado enorme comigo, isso não tenho dúvida.”. Quando questionados sobre o tempo que passam juntos, foi dirigida a A.C. a seguinte questão, utilizando uma escala: “De 0 a 10, onde 0 é pouquíssimo satisfeita com o tempo que passam juntos e 10 é muitíssimo satisfeita, como se sente?”. A.C. respondeu: “talvez um 8, enfermeira, claro que cada um tem os seus momentos individuais, com os amigos ou noutras atividades”.

“E durante esse tempo que passam juntos, que atividades gostam de fazer?” A.C. respondeu: “diversas coisas, como passear, almoçar fora, fazer atividades com os netos e partilhar tempo na agricultura na nossa quinta (...) há uma coisa que eu gostava que ele fizesse, que era caminhar comigo, mas ele diz que já caminha muito durante o dia na agricultura.” Face a isso, reforçou-se a importância dos rituais familiares na manutenção da coesão familiar, além de ser incentivada a tentativa de partilharem caminhadas juntos. Quanto à forma como expressam os sentimentos um ao outro, foi questionado “(...) de que forma é que dizem um ao outro o que sentem?; a A.C. habitualmente, revela aquilo que sente ao F.C.?; e como se sente com a forma como o F.C. expressa as emoções?”. De forma divertida, A.C. revelou “(...) o F.C. já foi mais reservado do que agora, sinto que neste momento dizemos tudo o que sentimos um ao outro” E em relação às emoções negativas, também costumam partilhá-las? “Sim, enfermeira, também partilhamos sem problema, noto é que, por vezes, quando partilho algo mais negativo o F.C. fica demasiado preocupado comigo”.

A par com as questões previamente realizadas, foi igualmente questionado se costumam conversar sobre os receios e expectativas que têm face à relação conjugal e à família extensa. A.C. respondeu “sim, claro, sempre tivemos esse hábito ao longo da vida, inclusive recentemente, quando partilhei os meus receios em relação a estas doenças que surgiram”. Habitualmente, segundo A.C., mesmo quando há discordâncias, tendem a alcançar um consenso, porém quem cede primeiro é F.C. “(...) que remédio tem ele, por norma eu estou sempre certa e ele já sabe disso”. Quando questionada se alteraria algo, neste momento, na forma como comunicam?”, ao qual A.C. respondeu “de uma forma geral penso que não, estou bastante satisfeita (...) há talvez uma pequena coisa: ele deixar de ser tão refilão. Às vezes acho que ele ainda pensa que está no trabalho de polícia de segurança pública”. Perante as respostas dadas, demonstra satisfação com o padrão de comunicação. Foi elogiado o percurso que ambos construíram ao longo dos anos, enaltecendo e reforçando que “(...) demonstram ser um casal muito unido e amigo, tenho a certeza de que são um exemplo na vida dos vossos filhos, genro, nora e netos”.

No que diz respeito à interação sexual, a questão foi abordada com o objetivo de esclarecer eventuais dúvidas relacionadas com a sexualidade nesta fase do ciclo vital. A.C. respondeu “não temos dúvidas, estamos satisfeitos nesse aspeto”. Não foram expressos por A.C. quaisquer dados que indicassem a possibilidade de uma função sexual comprometida.

Com base nos dados obtidos, foi identificado o diagnóstico de Satisfação Conjugal Mantida, uma vez que mantêm Relação Dinâmica não Disfuncional, Comunicação Eficaz,

Interação Sexual Adequada e a Função Sexual não Comprometida, constituindo-se, assim, como uma força e recurso para os membros da família.

No contexto da dimensão funcional e considerando a área de atenção voltada para o Processo Familiar, foram analisadas as dimensões operativas relacionados à comunicação, ao *coping* familiar, à interação de papéis e à relação dinâmica. A colheita dessas informações ocorreu ao longo das diversas consultas realizadas.

Assim, no que respeita à comunicação familiar, recorreu-se ao uso do questionamento linear, reflexivo e circular para a realização das atividades diagnósticas. As questões colocadas incluíram: “quem, na família, expressa mais os sentimentos?; aceitam e sentem-se satisfeitos com a forma como todos os membros da família expressam os sentimentos?; e que impacto têm esses sentimentos de cada um na dinâmica familiar?”. A.C. respondeu “de uma forma geral, todos expressamos os nossos sentimentos. Os meus filhos também partilham tudo connosco, mas talvez eu seja a pessoa que acaba por partilhar um pouco mais os sentimentos. Fico contente quando eles vêm partilhar comigo o que sentem, até as netas. Sinto que confiam em nós e nos veem como uma base de apoio”. Questionada sobre se considera que todos na família são claros e diretos no discurso, garantindo que cada um compreende de forma clara o que os outros dizem, A.C. respondeu: "sim considero, enfermeira".

No que respeita à resolução de problemas, A.C. revelou: “o F.C por norma, é quem tem mais iniciativa para resolver os problemas, mesmo quando os nossos filhos estavam em casa, sempre que havia problemas, discutíamo-los em conjunto”. Quando questionada sobre a necessidade de recorrer a recursos externos para resolver problemas familiares, A.C. explicou que sempre o fizeram no seio da família e nunca sentiram necessidade de procurar outros meios para lidar com as situações.

No que concerne à interação de papéis, recorreu-se ao questionamento linear e circular. A.C. afirmou não existirem conflitos nos papéis, sendo o papel de provedor assumido pelo seu marido, F.C., que gere financeiramente a família. Já o papel doméstico é claramente partilhado por ambos. Relativamente ao papel recreativo, A.C. acrescentou “(...) ah, isso é o F.C., ele é normalmente o mais animado e sugere tudo...”. Foi ainda questionada sobre a perceção de ambos relativamente a esta dinâmica de papéis. A.C. respondeu: “(...) eu acho que está tudo bem para nós, pelo menos não tenho ideia que não esteja, caso contrário, acho que a nossa relação não teria funcionado durante todos estes anos.”

Quanto à relação dinâmica, A.C. referiu não ter percepção de que algum membro detenha mais poder ou da existência de coligações, afirmando “ estamos todos ao mesmo nível”. No que concerne à coesão e adaptabilidade da família 3, foi aplicada a Escala de Faces II à A.C., permitindo caracterizar esta família como ligada e muito flexível, o que corresponde a um tipo de família equilibrada. Além disso, A.C. considera a sua família, igualmente, altamente funcional, com uma pontuação total de nove na Escala de *Apgar* Familiar de *Smilkstein* (atribuição de 1 ponto ao critério “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”).

Ambos os elementos do casal são praticantes da religião católica e não manifestam crenças espirituais ou culturais. As suas crenças relativamente à intervenção dos profissionais de saúde são positivas, considerando essas intervenções essenciais para a promoção e manutenção do estado de saúde, bem como para uma melhor adaptação às novas condições de saúde. Entre os valores familiares fundamentais, destacam-se o respeito, a harmonia e o amor.

Com base nos dados apresentados, no âmbito da Dimensão Funcional e na perspectiva de A.C., identificou-se o diagnóstico de Processo Familiar não Disfuncional, o que se constitui como uma força e recurso para a família 3.

Os dados recolhidos incluíram não apenas a família como unidade, mas também os seus elementos de forma individual, uma vez que a DM e as suas complicações afetam o sistema familiar e as suas interações. Para avaliar esta doença crónica, foi aplicada à A.C. a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (Anexo IV).

Em relação à alimentação geral, considera que, nos últimos sete dias manteve sempre uma alimentação saudável, incluindo diariamente cinco ou mais peças de fruta e/ou porções de vegetais, conforme o plano alimentar recomendado nas consultas do Programa Nacional da Diabetes, pela enfermeira e médico de família.

No que respeita à alimentação específica, A.C. refere que consumiu carnes vermelhas em média um a dois dias na semana, e em nenhum dia combinou dois ou mais hidratos de carbono na mesma refeição. Porém acompanha as refeições principais com pão todos os dias. Não consumiu bebidas alcoólicas durante ou fora das refeições principais, em nenhum dos últimos 7 dias. Não costuma consumir alimentos doces (como bolos, pasteis, compotas ou chocolates) em nenhum dia, nem adoça as suas bebidas com açúcar.

No que diz respeito à atividade física, A.C. realiza exercício em casa como parte da sua rotina diária, andando mais de 30 minutos por dia ao longo dos últimos sete dias. Todos os últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico específica, caminhadas.

A.C. afirma que avalia diariamente a glicemia capilar, pelo menos nestas últimas semanas, visto que tem tido valores de hiperglicemia.

Relativamente aos cuidados com os pés, A.C. mantém uma higiene cuidada, lavando-os diariamente e secando cuidadosamente os espaços interdigitais. Além disso, examina-os com atenção, verificando possíveis alterações, como calos, micoses, fissuras, feridas ou alterações de cor, cerca de três vezes por semana. Com o intuito de promover a adoção de outros comportamentos de vigilância e cuidado com os pés, foram reforçadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar sobre os cuidados de higiene e vigilância dos pés (verificar a existência de calos, micoses, fissuras, feridas ou alterações de coloração; não andar descalço; não usar meias com elástico apertado; evitar fontes de calor nos pés; verificar o interior dos sapatos e meias; e usar calçado confortável) e motivar a adoção de comportamentos de vigilância diários, como parte integrante da rotina quotidiana.

Durante os sete dias da semana, segue com precisão a posologia e os horários da terapêutica antidiabética oral prescrita. Nunca possuiu hábitos tabágicos.

Estes comportamentos foram reforçados positivamente e promovida a modificação de outros, utilizando a seguinte metáfora: "Cuidar da diabetes é como cuidar da vossa quinta. Se não regarmos as plantas e as árvores de forma constante e atenta, elas podem murchar. Da mesma forma, o controlo dos valores da diabetes exige cuidados diários, como uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, os cuidados com os pés, a vigilância da glicemia e a ausência de hábitos tabágicos. Embora seja preciso fazer ajustes, como podar ou adubar as plantas, como neste caso cumpriu a terapêutica prescrita, o resultado é uma saúde mais forte e duradoura".

3.3.4. Família 4

Realizaram-se quatro consultas programadas na UCSP com a família 4, nas quais esteve presente, em todas as ocasiões, o membro M.A.A.

A recolha de informações sobre a composição familiar foi feita através do questionamento linear ao membro da família presente. Os dados obtidos estão ilustrados no genograma representado na figura 12.

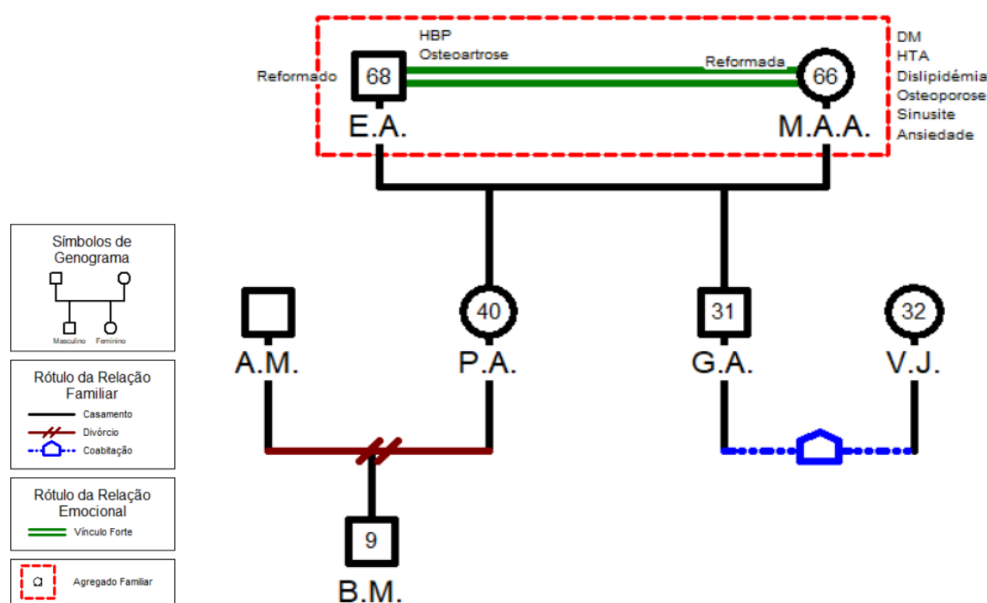


Figura 12 - Genograma da família 4

A família 4 corresponde a uma família do tipo nuclear, composta por um casal: M.A.A., de 66 anos, e E.A., seu marido, de 68 anos. A análise da composição familiar permite identificar diversos subsistemas: o individual (cada indivíduo), o conjugal (marido e mulher), o parental (pais e filhos) e o fraternal (irmãos).

No que diz respeito à família extensa, M.A.A. mantém uma relação próxima e diária, tanto pessoal quanto telefonicamente, com o seu filho G.A.. Já com a sua filha P.A. e a neta B.M., o contacto é regular por telefone, e devido à distância, ocasionalmente pessoal. Ambos os laços desempenham um papel relevante como apoio emocional. No entanto, não são identificadas nestas relações a função de companhia social, guia cognitivo e conselhos, ajuda material e de serviço.

Naquilo que diz respeito aos sistemas mais amplos, M.A.A. menciona um vínculo forte com a UCSP, as atividades de lazer/cultura, as aulas de dança e pilates, bem como a academia sénior. Além disso, refere um vínculo intermédio com os amigos.

A família 4 insere-se numa classe social média-alta, onde um dos seus membros (M.A.A.) detém uma profissão classificada no grau 2 (professora ensino básico) e um nível instrução correspondente ao grau 1 (licenciatura) da Escala de Notação Social da Família (*Graffar* Adaptado). Os rendimentos familiares provêm de reformas, assegurando uma estabilidade financeira. Quanto às condições de habitação, vivem numa casa bastante espaçosa e confortável, localizada numa zona residencial elegante.

No que se refere às áreas de atenção avaliadas na família 4 por dimensões de avaliação, e considerando a matriz operativa do MDAIF, estas estão representadas no quadro 4.

Quadro 4 - Áreas de atenção e dimensões operativas, avaliadas na família 4, por dimensões de avaliação

Dimensões de Avaliação	Áreas de Atenção	Dimensões Operativas Avaliadas
Dimensão Estrutural	Rendimento Familiar	Origem do rendimento
		Conhecimento e capacidade de gestão
	Edifício Residencial	Tipo de habitação
		Conhecimento dos riscos de edifício residencial não seguro
	Precaução de Segurança	Presença de aquecimento e conhecimento sobre a sua utilização
		Utilização de gás doméstico e conhecimento sobre a sua utilização
	Abastecimento de Água	Utilização de rede pública/privada
Animal Doméstico	Presença ou ausência	
Dimensão de Desenvolvimento	Satisfação Conjugal	Relação dinâmica
		Comunicação
		Interação sexual
		Função sexual
Dimensão Funcional	Processo Familiar	Comunicação
		Coping
		Interação de papéis
		Relação dinâmica

No âmbito da dimensão estrutural, o rendimento familiar da família 4 corresponde ao grau 4 da Escala de Notação Social da Família (*Graffar* Adaptado), uma vez que ambos os membros do casal estão reformados. M.A.A. refere não sentir dificuldade na gestão financeira, afirmando: "(...) felizmente conseguimos ter uma vida tranquila. Eu trabalhei como professora e o E.A. foi engenheiro, trabalhámos muitos anos e temos a vida organizada." Estes dados foram recolhidos através do questionamento linear. Quanto ao edifício residencial, trata-se de um tipo de habitação grau 2, espaçosa e confortável, adaptada às necessidades atuais da família. A casa dispõe de aquecimento central a gasóleo e gás canalizado, sendo que M.A.A. demonstra conhecimento sobre a utilização destes recursos. O abastecimento de água é realizado através da rede pública, e a família não possui animais de estimação.

Considerando os dados apresentados, foram identificados os diagnósticos de Rendimento Familiar não Insuficiente, Edifício Residencial Seguro e Abastecimento de Água Adequado pelo que estes se constituem como um recurso para a família 4.

No âmbito da dimensão de desenvolvimento e considerando as respetivas áreas de atenção, procedeu-se à identificação da etapa do ciclo vital familiar, bem como à realização de atividades diagnósticas relacionadas com a satisfação conjugal. Estas últimas abrangeram a análise de dimensões operativas como a dinâmica da relação, a comunicação, a interação sexual e a função sexual.

A identificação da etapa do ciclo vital familiar constitui um passo essencial para compreender o contexto em que a família se insere, permitindo assim uma intervenção mais direcionada e eficaz. De acordo com as etapas do ciclo vital definidas por Relvas (2000), a família em análise encontra-se na quinta etapa do ciclo vital, designada como a fase da "família com filhos adultos".

Esta etapa caracteriza-se por alterações significativas na dinâmica e na estrutura familiar, nomeadamente devido ao processo de "ninho vazio", em que os filhos deixam a casa dos pais para iniciar a sua vida independente, seja no contexto profissional, seja na constituição das suas próprias famílias. Esta transição exige uma redefinição da díade conjugal, agora sem a presença diária dos filhos, e uma adaptação a novos papéis e rotinas. A relação com os filhos evolui para um vínculo adulto-adulto. Adicionalmente, esta fase inclui a entrada de parentes por afinidade (genros e noras) e o eventual nascimento de netos, o que requer do sistema familiar uma elevada capacidade de adaptação e flexibilidade. Estas transformações são cruciais para assegurar a coesão familiar e a continuidade das relações numa perspetiva intergeracional (Figueiredo, 2023).

Para explorar a relação dinâmica, recorreu-se ao questionamento linear e reflexivo, com o objetivo de avaliar a percepção de M.A.A. sobre a partilha das tarefas domésticas. Foram colocadas questões: “Como costumam organizar a partilha das tarefas domésticas? E como se sente em relação a essa partilha diária das tarefas?” Em resposta, M.A.A. afirmou sentir-se muito tranquila, não manifestando qualquer sensação de sobrecarga quanto à divisão das responsabilidades domésticas. Considera a partilha justa e adequada, destacando que o E.A. participa ativamente em todas as tarefas. No entanto, acrescentou: “se bem que às vezes prefiro fazer eu, porque gosto das coisas à minha maneira”. M.A.A. salientou ainda que, na sua perspetiva, as tarefas domésticas não se traduzem em ajuda entre os membros da família, mas numa responsabilidade partilhada, onde todos têm o dever de colaborar equitativamente.

No que diz respeito à satisfação com o tempo que o casal passa junto, recorreu-se ao questionamento linear, de escala, reflexivo e circular para explorar esta dimensão operativa. Foram colocadas questões como: “De 0 a 10, sendo 0 nada satisfeita e 10 muito satisfeita, como se sente em relação ao tempo que passam juntos?; Acredita que o tempo que passam juntos é suficiente para continuar a fortalecer o vosso relacionamento?; Mudaria alguma coisa em relação ao tempo que partilham?; Durante esse tempo partilhado, que atividades de lazer costumam realizar e de que forma isso influencia a vossa satisfação geral e emocional?”. Em resposta, M.A.A. afirmou: “(...) quantificando numa escala, diria que a minha satisfação com o tempo partilhado, se situa talvez num oito. Ambos mantemos atividades individuais: o E.A. costuma ajudar o nosso filho na empresa durante a manhã e, à tarde, fica mais por casa. Eu participo nas minhas atividades, como aulas de dança, pilates, a academia sénior e outras iniciativas culturais promovidas na zona. (...) Não mudaria nada em relação ao tempo que passamos juntos, considero-o suficiente. Já estávamos habituados a períodos de ausência durante a vida profissional ativa – eu trabalhava aqui na zona e o meu marido esteve muitos anos a trabalhar em Lisboa. Agora, reformados, mantemos algumas atividades individuais. Já vi, enfermeira, se passássemos 24 horas juntos, seria uma aberração e acabaríamos por implicar um com o outro. Assim, sinto-me satisfeita. Quando estamos juntos, gostamos sobretudo de partilhar momentos de lazer e cultura, como passeios, visitas a sítios culturais, idas ao teatro e outros espetáculos.” Posto isto, foi reforçada a importância de manter rituais familiares durante o tempo partilhado diariamente, salientando que estas práticas promovem a coesão e o fortalecimento das relações familiares.

No âmbito da partilha de sentimentos, foram utilizadas questões circulares e reflexivas como estratégias de diagnóstico. Entre as questões colocadas destacaram-se: "De que forma

expressa aquilo que sente com o seu marido?; Sente-se satisfeita com a forma como ele expressa as suas emoções? e Em relação às emoções negativas, costumam partilhar esses sentimentos?". Em resposta, M.A.A. referiu considerar que há uma maior partilha de emoções da sua parte, afirmando: "nós, mulheres, somos mais emotivas e expressamos mais os nossos sentimentos. Eu sou muito expressiva e sempre fui ao longo dos 41 anos de casamento." Quanto ao marido, M.A.A. identificou este aspeto como uma fragilidade, observando que ele raramente expressa as suas emoções e é uma pessoa reservada. Acrescentou: "claro que não me sinto satisfeita, ele é muito calado, e isso agrava-se quando é confrontado ou pressionado sobre os seus sentimentos".

No que respeita à dimensão operativa da comunicação, questionou-se de forma linear sobre a partilha de expectativas e receios: "Enquanto casal conversam sobre as expectativas e receios de cada um?" Em resposta, M.A.A. afirmou: "desde há 5 anos, momento em que nos reformámos, vivemos juntos e estamos a reconstruir a nossa relação, e vamos, claro, fazendo essas partilhas". Complementando esta abordagem, foi utilizada uma questão reflexiva para explorar a satisfação de M.A.A. relativamente à forma como o casal comunica e perceber se, na sua opinião, algo deveria ser alterado. M.A.A. respondeu: "nesta fase da vida, acho que já não mudava nada; mantemos uma boa comunicação". Quanto às situações de discordância, foi questionado se os membros do casal se sentem satisfeitos com a chegada a um acordo, utilizando uma questão reflexiva: "Como é que a M.A.A. se sente em relação à forma como chegam a esse acordo?" e, de forma linear: "Quem costuma ceder primeiro?" M.A.A. revelou que, na maioria das vezes, conseguem chegar a um entendimento, embora tenha reconhecido que "às vezes é difícil de lá chegar, sobretudo pelo meu temperamento (...) acho que ninguém cede primeiro, normalmente deixamos passar um tempo e depois voltamos a conversar". M.A.A. demonstrou tranquilidade em relação à forma como o casal resolve os desentendimentos, não expressando preocupações ou dúvidas sobre esse aspeto. Além disso, destacou uma característica positiva, mencionando que, na sua opinião, "os homens têm um sentido de humor superior ao das mulheres, gostam de coisas mais tranquilas e tendem a relativizar os problemas".

No que concerne à interação sexual, recorreu-se ao questionamento linear para recolher informações diretas e relevantes sobre a satisfação de M.A.A. relativamente ao padrão de sexualidade e ao seu conhecimento sobre esta temática. Embora as respostas fornecidas tenham sido superficiais, não foram identificadas, por parte de M.A.A., quaisquer indícios de disfunção sexual.

Desta forma, na perspectiva de M.A.A., o casal apresenta uma Satisfação Conjugal não Mantida, associada a uma Relação Dinâmica Disfuncional. Face a este diagnóstico, foram implementadas intervenções de enfermagem com o objetivo de modificar o *status* deste diagnóstico, promovendo a melhoria da satisfação conjugal e da relação dinâmica familiar. As intervenções propostas incluem:

- promover a comunicação expressiva das emoções (criar um ambiente favorável para a expressão emocional, garantindo um espaço sem interrupções; estabelecer um tempo semanal dedicado à partilha de emoções; incentivar a prática de escuta ativa entre os membros do casal);
- planejar rituais familiares (atividades como um jogo de "perguntas" sobre sentimentos e emoções; a escrita de emoções em papel, como forma de reflexão e partilha);
- promover a compreensão mútua das necessidades emocionais;
- orientar para terapia familiar;

No âmbito da dimensão funcional, e considerando a área de atenção direcionada para o Processo Familiar, foram analisadas as dimensões operativas relacionadas com a comunicação, o *coping* familiar, a interação de papéis e a relação dinâmica. A recolha de informações foi realizada ao longo das diversas consultas efetuadas.

No que diz respeito à comunicação familiar, foram utilizadas abordagens de questionamento linear, reflexivo e circular para a realização das atividades diagnósticas. Entre as questões colocadas destacaram-se: “Quem, na família, expressa mais os sentimentos?; Sentem-se satisfeitos com a forma como todos os membros da família expressam os sentimentos?; e Que impacto têm os sentimentos de cada um na dinâmica familiar?”. Em resposta, M.A.A. afirmou: "como já referi, quem expressa mais os sentimentos sou, sem dúvida, eu (...) e, de uma forma geral, não me sinto satisfeita com a forma como a minha família expressa os sentimentos, poderíamos partilhá-los mais entre todos". Adicionalmente, foi questionada sobre a clareza e objetividade do discurso entre os membros da família, garantindo que cada um compreende de forma inequívoca o que os outros transmitem. M.A.A. respondeu: "às vezes depende do tema, porque quando divergimos de opinião torna-se mais difícil termos um discurso claro e direto."

No que se refere à resolução de problemas, M.A.A. afirmou: "por norma, sou eu quem tem mais iniciativa para resolver os problemas. Porém, na maioria das vezes se o problema for entre nós, deixamos passar algum tempo e depois conversamos". Quando questionada sobre a

necessidade de recorrer a recursos externos para solucionar questões familiares, M.A.A. explicou que sempre optaram por resolver as situações no seio da família, acrescentando: "(...) há assuntos familiares que não são para partilhar com os outros".

No âmbito da interação de papéis, recorreu-se ao questionamento linear e circular para obter informações. M.A.A. afirmou não existirem conflitos no desempenho dos papéis familiares, indicando que o papel de provedor é assumido pelo seu marido, E.A., que gere financeiramente a família. Já os papéis doméstico e recreativo são claramente partilhados por ambos. Quando questionada sobre a perceção de ambos relativamente a esta dinâmica de papéis, M.A.A. referiu: "para nós, penso que existe consenso nesse aspeto".

Relativamente à relação dinâmica, M.A.A. afirmou não ter perceção de que algum membro da família detenha maior influência ou poder. Através da aplicação da Escala de *Apgar* Familiar de *Smilkstein*, M.A.A. classificou a sua família com uma moderada disfunção, obtendo uma pontuação total de cinco pontos (especificamente, atribuiu zero pontos aos critérios "Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa" e "Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema", e um ponto ao critério "Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor").

Ambos os membros do casal demonstram ceticismo em relação a qualquer religião, não manifestando crenças espirituais ou culturais. Contudo, possuem uma visão positiva sobre a intervenção dos profissionais de saúde, considerando-a essencial para a promoção e manutenção do estado de saúde, bem como para uma melhor adaptação a novas condições de saúde. Entre os valores familiares fundamentais, destacam-se a autenticidade e a valorização da verdade.

Com base nos dados analisados no âmbito da dimensão funcional, e de acordo com a perspetiva de M.A.A., foi identificado o diagnóstico de Processo Familiar Disfuncional, resultante de Comunicação Familiar Ineficaz (além das intervenções anteriormente delineadas na dimensão do desenvolvimento, acrescentou-se: promover o envolvimento da família; otimizar a comunicação na família; otimizar padrão de assertividade). Contudo, M.A.A. também destacou aspetos positivos, nomeadamente *Coping* Familiar Eficaz, Interação de Papéis Eficaz e Não Conflitual, e uma Relação Dinâmica Não Disfuncional, que se configuram como forças e recursos relevantes para a família 4.

Para além da avaliação e intervenção familiar, orientada pela matriz operativa do MDAIF, identificaram-se igualmente questões individuais com potencial impacto nos comportamentos de autocuidado relacionados com a DM. Para avaliar a autogestão desta doença crónica, foi aplicada à M.A.A. a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (Anexo V).

No que diz respeito à alimentação geral, M.A.A. referiu que, nos últimos cinco dias, manteve consistentemente uma alimentação saudável, incluindo, nesses dias, cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais. No entanto, não segue o plano alimentar recomendado nas consultas do Programa Nacional da Diabetes, conduzidas pela enfermeira e pelo médico de família, nos dias em que realiza refeições fora de casa, o que ocorre cerca de dois dias por semana.

Relativamente à alimentação específica, M.A.A. referiu que consumiu carnes vermelhas em apenas um dia e que, em nenhuma refeição, combinou dois ou mais hidratos de carbono. Indicou ainda que não acompanha as refeições principais com pão. Nos últimos sete dias, não consumiu bebidas alcoólicas, tanto durante como fora das refeições principais. Quanto ao consumo de alimentos doces, como bolos, pastéis, compotas ou chocolates, afirmou ingeri-los cerca de dois dias por semana, mas nunca adoça as suas bebidas com açúcar.

Apesar da intervenção de enfermagem, que incluiu o ensino e a promoção de um padrão alimentar adequado, M.A.A. manifestou algumas dúvidas relativamente às orientações fornecidas. Com o consentimento da utente, foi encaminhada para outros serviços da UCSP, nomeadamente para a técnica superior de nutrição, com o objetivo de personalizar um plano alimentar adaptado às suas necessidades, avaliá-lo e reajustá-lo conforme necessário.

Relativamente à atividade física, M.A.A. referiu integrar exercícios físicos na sua rotina diária, prática que manteve ao longo dos últimos sete dias. Durante este período, participou em sessões específicas de atividade física, incluindo caminhadas, aulas de dança e pilates, em todos os dias da semana.

No que concerne à monitorização da glicémia capilar, M.A.A. afirmou não realizar avaliações diárias, justificando que esta prática não lhe foi recomendada pelo médico ou pela enfermeira de família.

No âmbito dos cuidados com os pés, M.A.A. mantém uma higiene rigorosa, lavando-os diariamente e secando cuidadosamente os espaços interdigitais. Adicionalmente, refere examinar os pés e verificar a presença de possíveis alterações cerca de três vezes por semana.

No entanto, demonstra algum desconhecimento relativamente às alterações que podem surgir e aos sinais de alerta a que deve estar atenta.

Com o objetivo de promover a adoção de comportamentos mais consistentes de vigilância e cuidado com os pés, foram reforçadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar sobre os cuidados de higiene e vigilância dos pés (verificação de calos, micoses, fissuras, feridas ou alterações de coloração); evitar andar descalço; não utilizar meias com elástico apertado; evitar a exposição a fontes de calor nos pés; inspecionar o interior dos sapatos e meias antes de se calçar; e optar por calçado confortável. Foi igualmente motivada a adoção de comportamentos de vigilância diários, como parte integrante da sua rotina quotidiana.

Relativamente à terapêutica antidiabética oral prescrita, M.A.A. segue, com rigor, a posologia e os horários indicados ao longo dos sete dias da semana. Nunca teve hábitos tabágicos.

Não obstante, M.A.A. mencionou estar ciente da existência da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, que disponibiliza diversos materiais informativos e cursos online voltados para pessoas com DM. A própria relatou que, ocasionalmente, recorre a esses recursos, os quais considera úteis. Foi incentivada a aumentar a sua participação nestas iniciativas, pois estas constituem fontes fiáveis de informação e desempenham um papel essencial na promoção da LeS.

Com o intuito de reconhecer os comportamentos positivos já adotados e incentivar a adoção de novos comportamentos, utilizou-se a seguinte metáfora: "A LeS é como um quadro na sala de aula. Quanto mais conhecimento e ferramentas a pessoa possui, mais facilmente consegue escrever e reescrever o seu próprio plano de cuidados, ajustando os métodos de ensino – ou, neste caso, os cuidados – às necessidades do seu corpo. Tal como uma professora ensina os alunos a resolver problemas, a LeS ajuda a ensinar o corpo e a mente a manter o equilíbrio, encontrando as melhores respostas para os desafios da DM".

É notório que a LeS se torna a chave para a capacitação dos idosos, fornecendo-lhes as ferramentas essenciais para a autogestão da DM e empoderando-os a tomar decisões informadas que promovam um estilo de vida mais saudável e independente.

3.4. Discussão

A análise das necessidades identificadas permitiu delinear o âmbito da avaliação e intervenção familiar junto de famílias com um membro portador de DM tipo 2. Neste contexto, os resultados das intervenções realizadas são apresentados de forma analítica, recorrendo a representações gráficas que asseguram uma interpretação visual objetiva e estruturada dos dados obtidos.

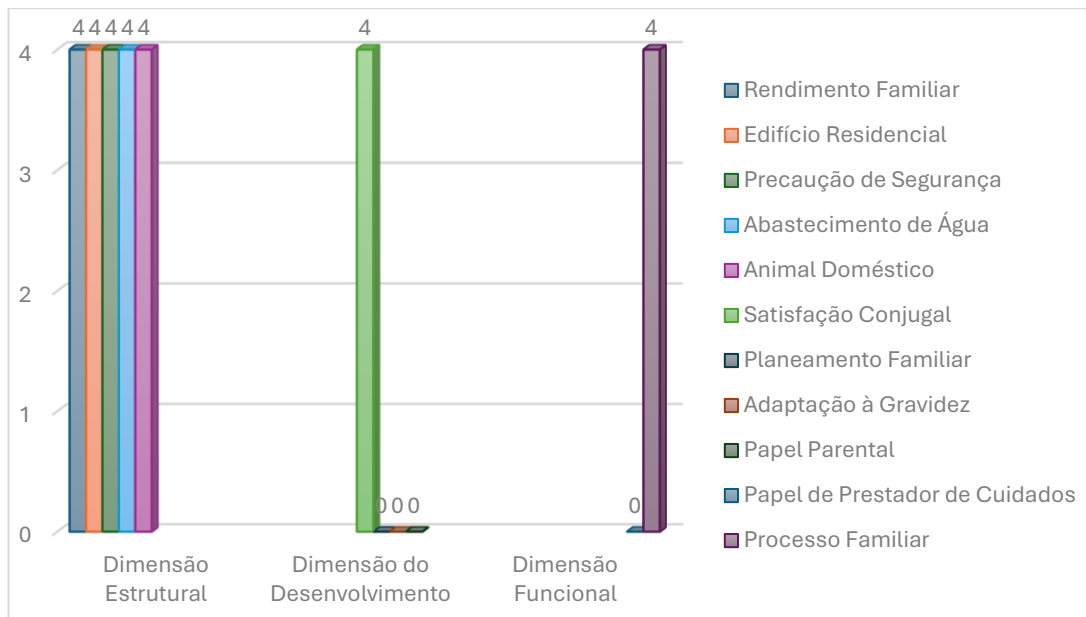
O gráfico 1 reflete a taxa de avaliação realizada em função das dimensões exploradas, com base nos pressupostos metodológicos estabelecidos pelo MDAIF. Esta abordagem metodológica permitiu uma avaliação sistemática e aprofundada das famílias incluídas no estudo.

No que respeita à dimensão estrutural, os dados revelam que todas as famílias foram submetidas a uma análise abrangente, registando-se uma taxa de avaliação de 100% nas categorias de rendimento familiar, condições habitacionais, precauções de segurança, abastecimento de água e presença de animais domésticos. A recolha de informações baseou-se em narrativas obtidas junto dos diferentes membros das famílias, durante as consultas, o que facilitou a identificação de necessidades prioritárias e o planeamento de intervenções ajustadas às especificidades de cada agregado familiar.

Relativamente à dimensão de desenvolvimento, verificou-se uma avaliação integral no domínio da satisfação conjugal, resultando igualmente numa taxa de avaliação de 100%. Contudo, as áreas relacionadas com adaptação à gravidez, planeamento familiar e papel parental não foram abordadas, por se considerarem descontextualizadas do estágio do ciclo vital das famílias analisadas.

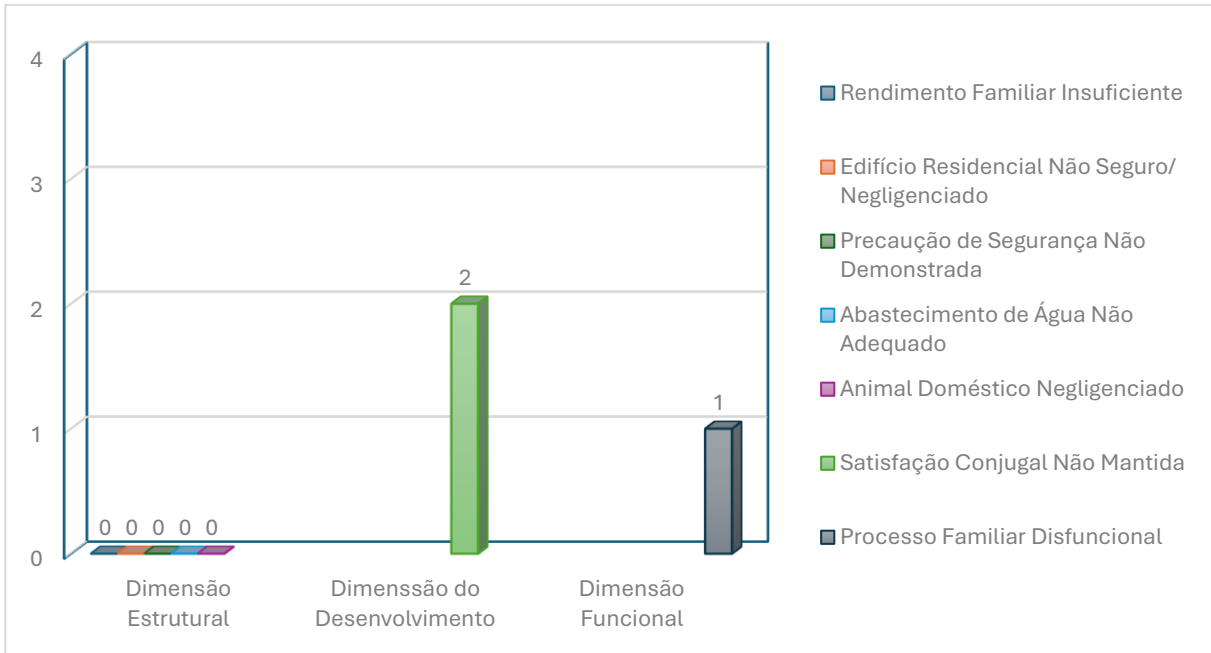
Na dimensão funcional, a avaliação abrangeu o processo familiar em todas as famílias avaliadas, alcançando, também nesta área, uma taxa de 100%. No entanto, o papel de prestador de cuidados não foi considerado, uma vez que não foram identificadas situações de dependência ou compromisso significativo em termos de autocuidado por parte dos membros das famílias.

Gráfico 1 - Áreas de atenção avaliadas por dimensões de avaliação face ao número total de famílias



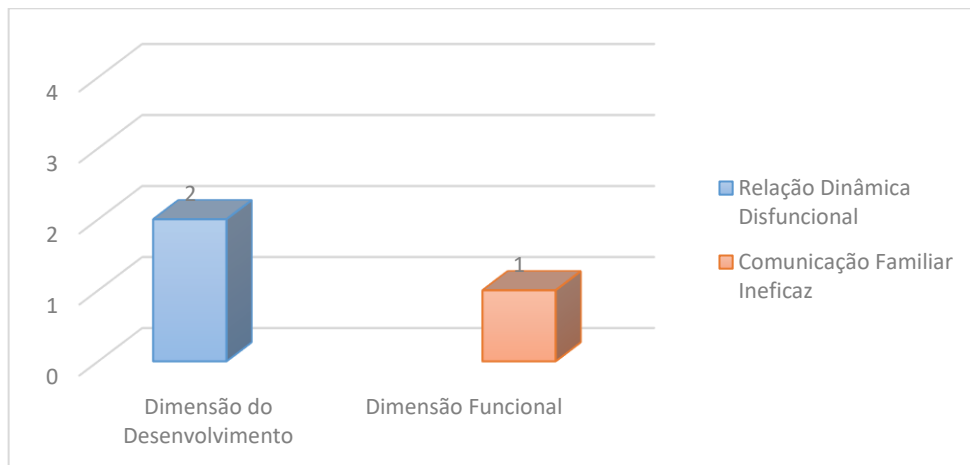
Considerando as áreas de atenção analisadas, torna-se pertinente descrever e proceder à análise dos diagnósticos resultantes do processo avaliativo, os quais fundamentaram intervenções específicas no domínio da ESF. Estes diagnósticos encontram-se devidamente detalhados no gráfico 2, que apresenta uma síntese clara e organizada dos principais resultados. De acordo com os dados obtidos, verificou-se que, na dimensão estrutural, nenhuma das famílias avaliadas apresentou necessidade de identificação de diagnósticos de enfermagem que justificassem intervenção nesta área. Relativamente à dimensão de desenvolvimento, foi identificado o diagnóstico de Satisfação Conjugal Não Mantida em 50% das famílias analisadas, especificamente na área de atenção relacionada com a satisfação conjugal. Este resultado evidencia desafios no contexto das relações conjugais que exigiram intervenções direcionadas ao fortalecimento do suporte e da coesão entre os casais. Na dimensão funcional, foi identificado o diagnóstico de Processo Familiar Disfuncional em 25% das famílias avaliadas, na área referente ao processo familiar. Este diagnóstico reflete dificuldades nas dinâmicas internas da unidade familiar, destacando a necessidade de intervenções que promovam a comunicação, a colaboração e o equilíbrio nas relações familiares, essenciais para o bem-estar coletivo.

Gráfico 2 - Diagnósticos de enfermagem identificados que requereram intervenções por dimensão de avaliação face ao número total de famílias



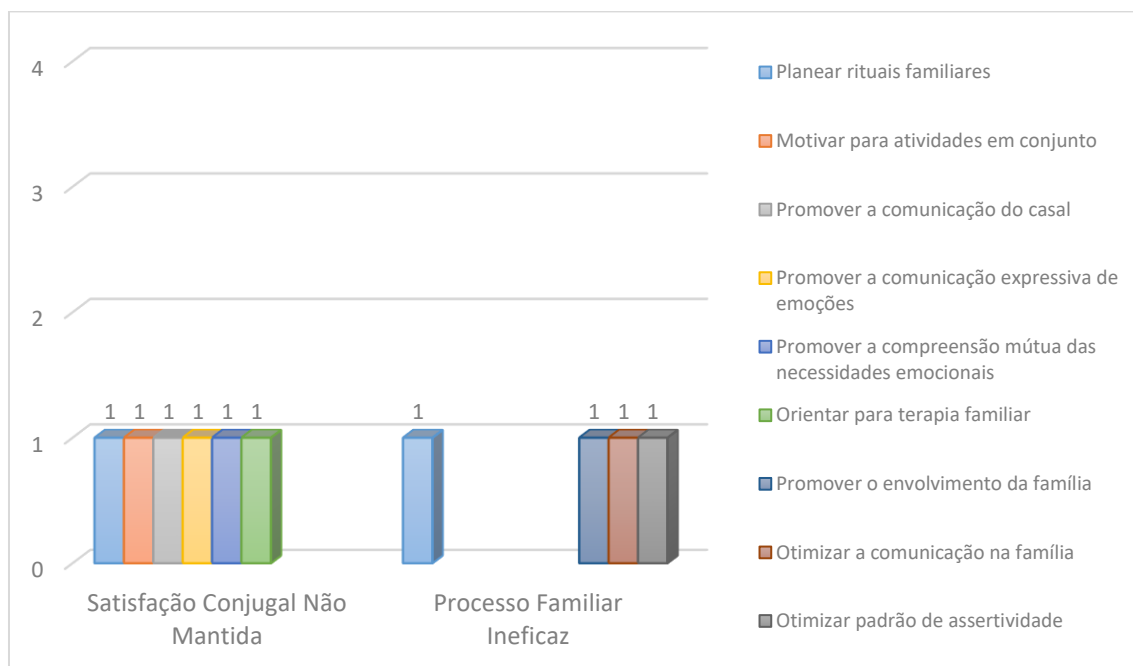
O gráfico 3 apresenta, para cada família avaliada, as dimensões operativas que sustentaram a identificação dos diagnósticos mencionados. A análise do referido gráfico permite concluir que, em 50% das famílias, foi identificado o diagnóstico de Satisfação Conjugal Não Mantida, associado a uma Relação Dinâmica Disfuncional, e em 25% das famílias foi identificado um Processo Familiar Disfuncional, decorrente de uma Comunicação Familiar Ineficaz.

Gráfico 3 - Subconjunto de diagnósticos no âmbito da satisfação conjugal não mantida e do processo familiar disfuncional por número total de famílias



Face às necessidades identificadas, tornou-se imprescindível a implementação de intervenções específicas, cujas ações se encontram representadas no gráfico 4. No que concerne ao diagnóstico de Satisfação Conjugal Não Mantida, as intervenções realizadas incluíram, em 25% das famílias: planeamento de rituais familiares, motivação para a realização de atividades conjuntas, promoção da comunicação do casal, incentivo à expressão emocional, estímulo à compreensão mútua das necessidades emocionais e orientação para terapia familiar. Relativamente ao diagnóstico de Processo Familiar Disfuncional, identificaram-se, igualmente em 25% das famílias, intervenções focadas no planeamento de rituais familiares, promoção do envolvimento da família, otimização da comunicação na família e otimização do padrão de assertividade. Estas intervenções foram implementadas tendo como referência a matriz operativa do MDAIF.

Gráfico 4 - Intervenções realizadas no âmbito da satisfação conjugal não mantida e do processo familiar ineficaz por número total de famílias

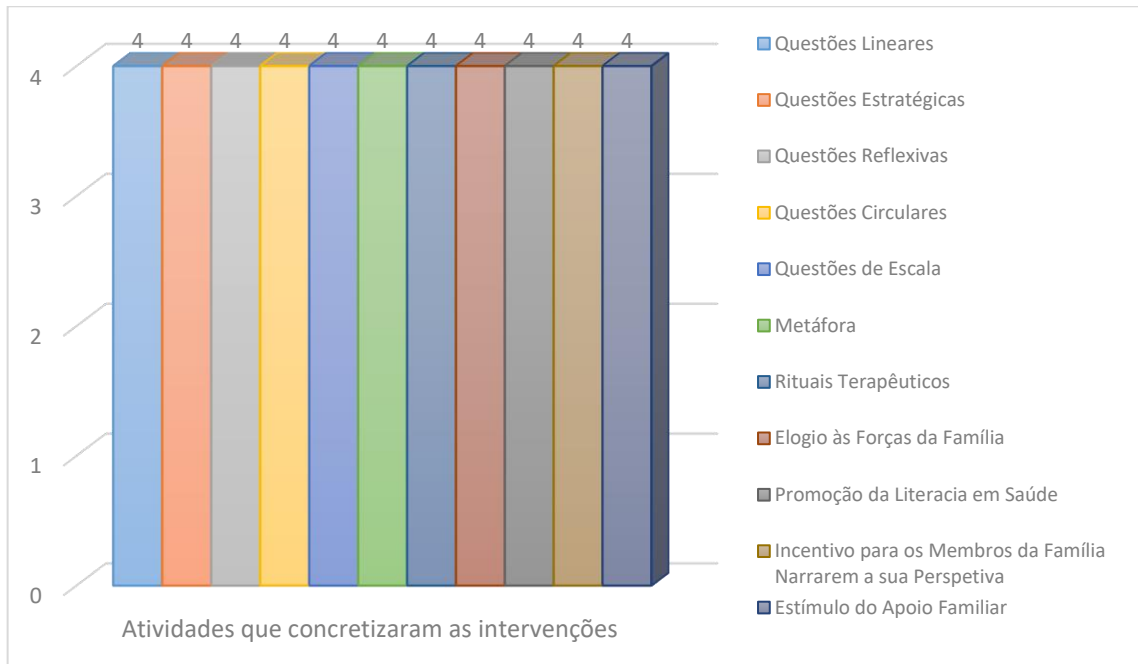


Adicionalmente, foi necessário explorar as diversas técnicas que operacionalizaram estas intervenções, conforme detalhado no gráfico 5.

A análise dos dados apresentados no gráfico 5 evidencia que as técnicas de questionamento linear, estratégico, reflexivo, circular e de escala, aliadas ao uso de metáforas, rituais terapêuticos e elogios às forças da família, foram amplamente utilizadas, verificando-se a sua aplicação em 100% das famílias com necessidade de intervenção. Complementarmente,

estratégias como a promoção da LeS, o incentivo à narração de perspectivas individuais pelos membros das famílias e o estímulo ao apoio mútuo no seio familiar constituíram componentes-chave na concretização das intervenções, destacando-se como elementos fundamentais na abordagem terapêutica.

Gráfico 5 - Tipos de atividades que concretizaram as intervenções por número total de famílias

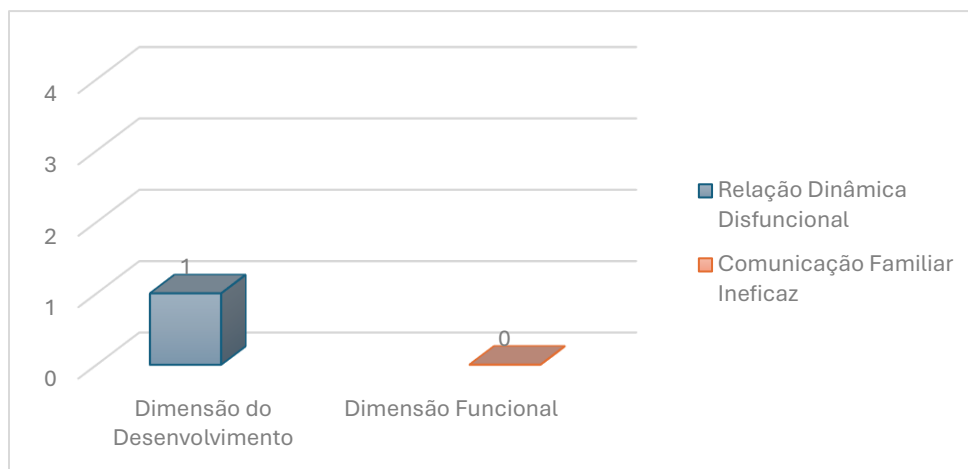


O gráfico 6 apresenta os ganhos em saúde alcançados como resultado das intervenções realizadas junto das diferentes famílias, com foco na satisfação conjugal e no processo familiar. Entre as duas famílias em análise, verificou-se que uma delas registou ganhos sensíveis aos cuidados prestados no âmbito da ESF, tanto na dimensão da satisfação conjugal como no processo familiar. No entanto, a outra família manteve o diagnóstico de Satisfação Conjugal Não Mantida, sem evidenciar melhorias decorrentes das intervenções implementadas neste domínio.

De um ponto de vista global, e considerando as diferentes condicionantes inerentes às dinâmicas familiares, conclui-se que as intervenções realizadas no âmbito da ESF contribuíram significativamente para potenciar os ganhos em saúde das famílias analisadas. Todavia, os resultados também evidenciam a necessidade de reavaliar e/ou reintervir junto da família onde as estratégias aplicadas não se traduziram em ganhos em saúde. Importa salientar que estas intervenções requerem tempo e uma avaliação contínua ao longo do processo. Uma análise a curto prazo pode limitar a compreensão dos resultados, já que muitas mudanças,

particularmente no contexto das relações emocionais e dinâmicas familiares, podem necessitar de períodos mais longos para se consolidarem. Assim, revela-se crucial a implementação de avaliações regulares ao longo do tempo, com vista a obter uma análise mais precisa do impacto das intervenções realizadas, permitindo, assim, o ajuste contínuo das estratégias em função da evolução das necessidades específicas de cada família.

Gráfico 6 - Subconjunto de diagnósticos no âmbito da satisfação conjugal não mantida e do processo familiar disfuncional por número total de famílias



A par dos resultados alcançados nas dimensões operativas do MDAIF, importa agora direcionar a análise para os ganhos igualmente notáveis alcançados no que respeita aos comportamentos de autocuidado das pessoas com DM, um aspeto fundamental na gestão da doença e no fortalecimento da autonomia das pessoas.

A autogestão da DM representa um desafio multifacetado, dado que envolve não apenas a administração de terapêutica farmacológica, mas também a implementação de mudanças comportamentais e alterações nos estilos de vida. Esta complexidade é acentuada pelo facto de os cuidados estarem frequentemente centrados na autonomia da pessoa e na participação ativa dos familiares mais próximos. Neste contexto, a utilização da “Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes” permitiu identificar lacunas nos comportamentos, planear intervenções direcionadas e avaliar o impacto das mesmas, facilitando a medição de mudanças comportamentais. O conhecimento do estado inicial do fenómeno, nomeadamente da adesão aos autocuidados, constituiu uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde, permitindo não só ajustar as estratégias clínicas e educativas, mas também explorar novas abordagens para melhorar a autogestão e controlo da doença (Bastos, Severo & Lopes, 2007).

As intervenções realizadas, centradas na promoção da LeS sobre a DM e estilos de vida saudáveis, evidenciaram mudanças comportamentais significativas nas famílias em estudo.

- Alimentação Geral e Específica

No que concerne à alimentação geral, observou-se a manutenção de hábitos previamente adequados, acompanhados de melhorias pontuais (gráfico 7). Destaca-se o aumento da frequência semanal de consumo de frutas e vegetais de quatro para cinco dias na família 2, enquanto no domínio da alimentação específica (gráfico 8) houve uma redução no consumo de pão nas refeições principais para quatro e cinco dias por semana nas famílias 2 e 3, respetivamente. Na família 2, verificou-se ainda uma diminuição do consumo de mais de um copo de bebida alcoólica às refeições principais para quatro dias por semana. Paralelamente, na família 1, foi notória uma redução do comportamento de adoçar bebidas com açúcar, para cinco dias semanais. Estes resultados sugerem uma progressiva adoção de hábitos mais saudáveis, reflexo direto das intervenções educativas implementadas.

Gráfico 7 - Escala de autocuidado com a diabetes: alimentação geral

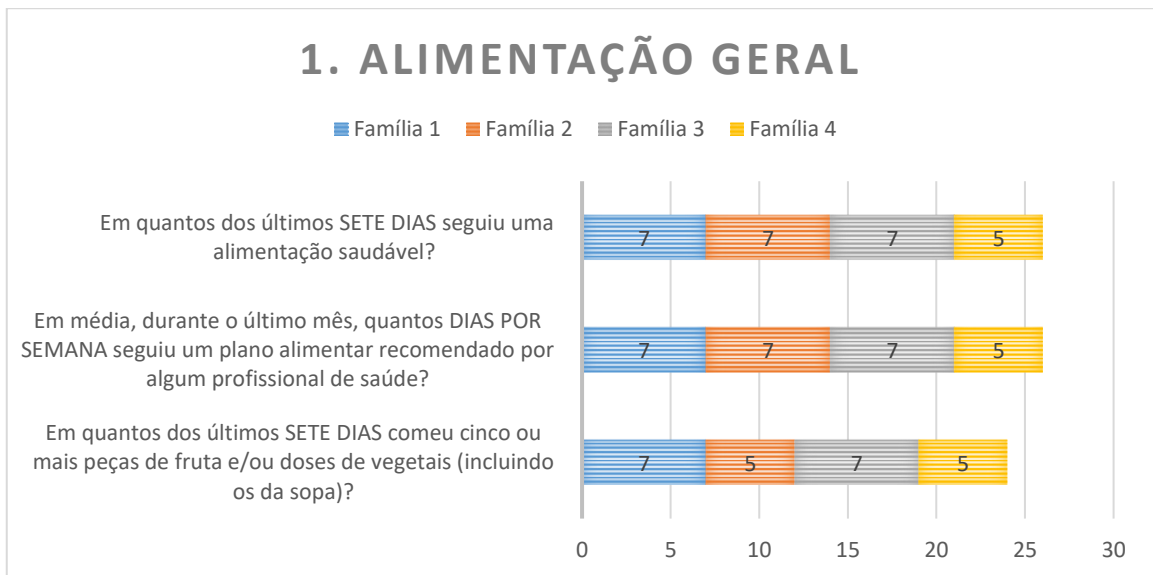
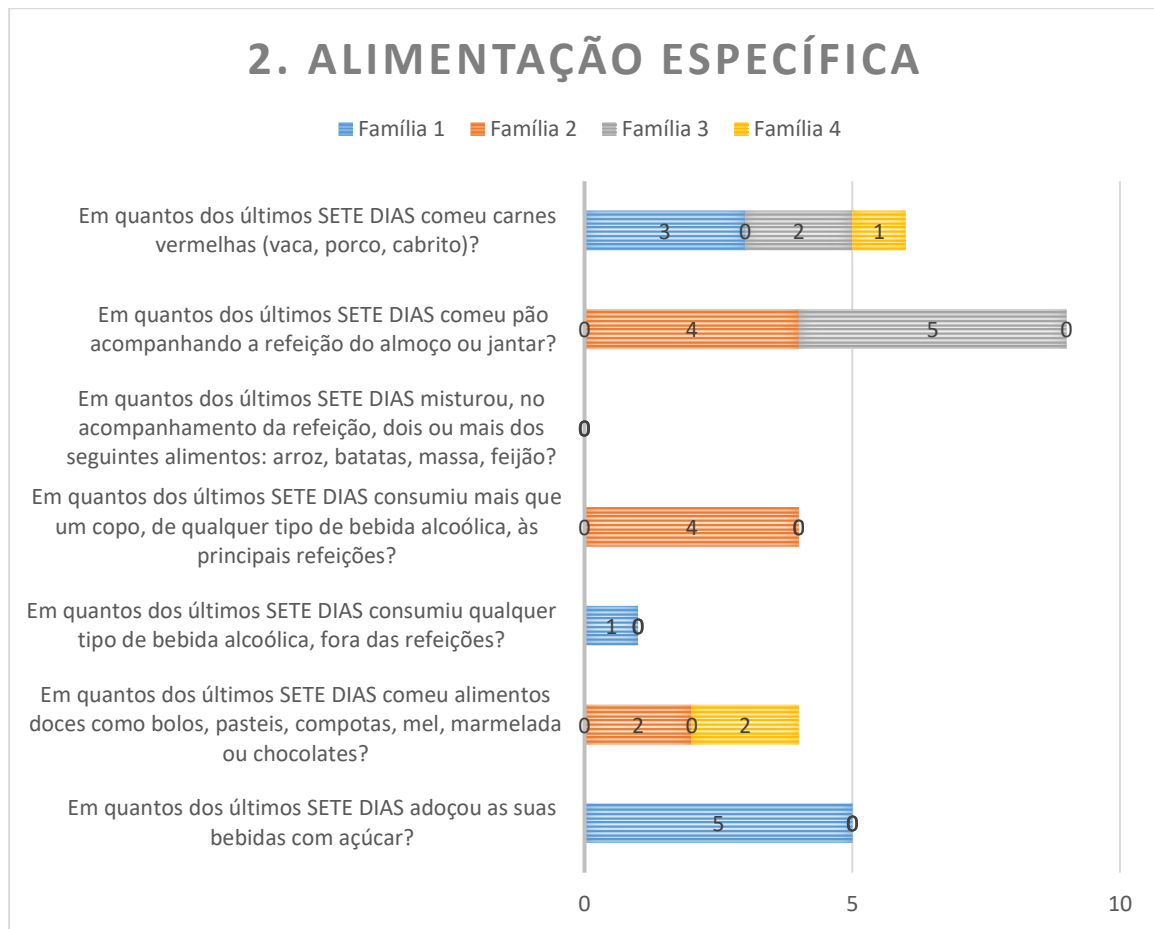


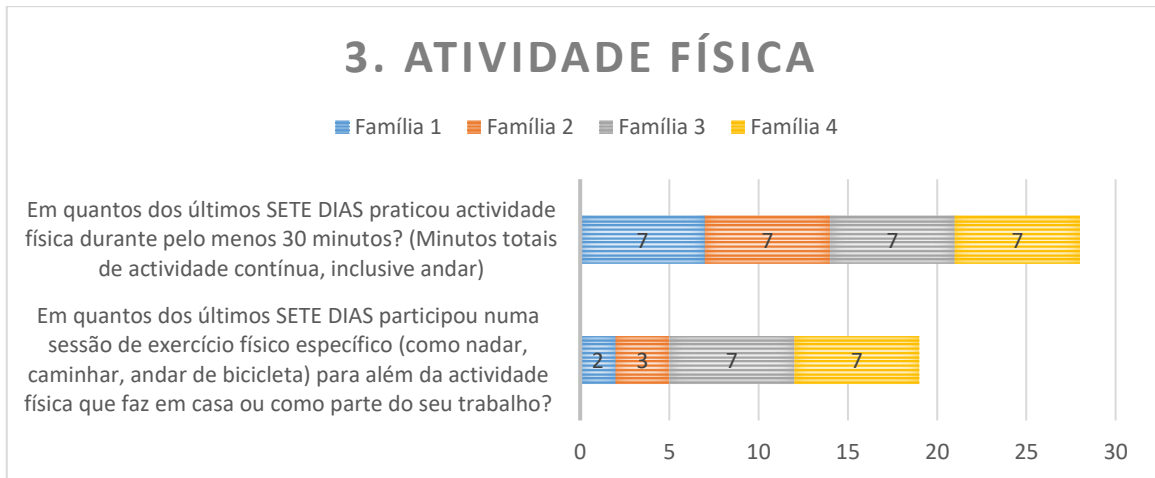
Gráfico 8 - Escala de autocuidado com a diabetes: alimentação específica



- Atividade Física

Relativamente ao autocuidado físico, inicialmente apenas 50% das famílias referiram prática regular de sessões de exercício físico específico (como caminhar, nadar ou andar de bicicleta). Após as intervenções, registou-se um aumento nesta adesão, com a prática de atividade física, a passar de inexistente para dois dias por semana na família 1 e três dias por semana na família 2 (gráfico 9). Estes resultados evidenciam o impacto positivo de estratégias de motivação e sensibilização para a importância do exercício físico no controlo da DM.

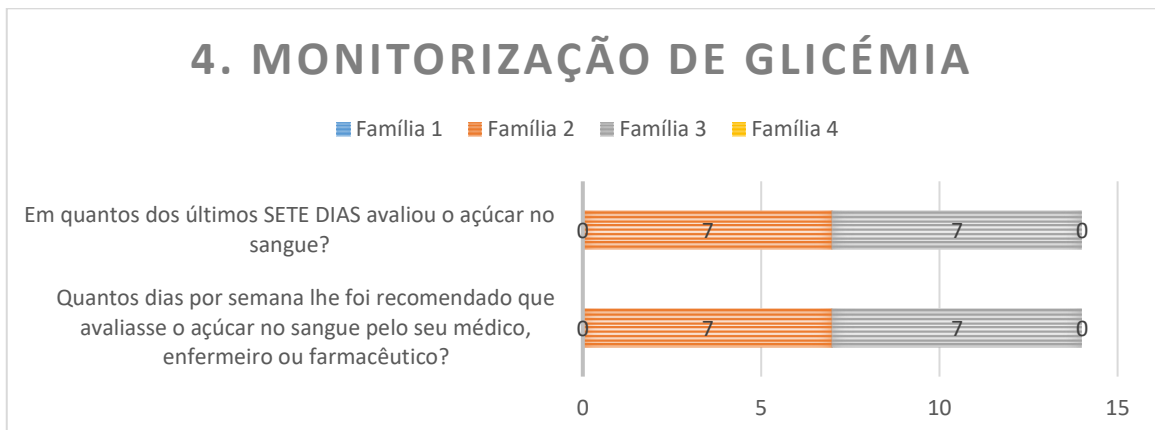
Gráfico 9 - Escala de autocuidado com a diabetes: atividade física



- Monitorização da Glicémia

A monitorização da glicémia revelou-se uma prática consolidada nas famílias 2 e 3, devido às recomendações médicas para avaliação diária (gráfico 10).

Gráfico 10 - Escala de autocuidado com a diabetes: monitorização de glicémia

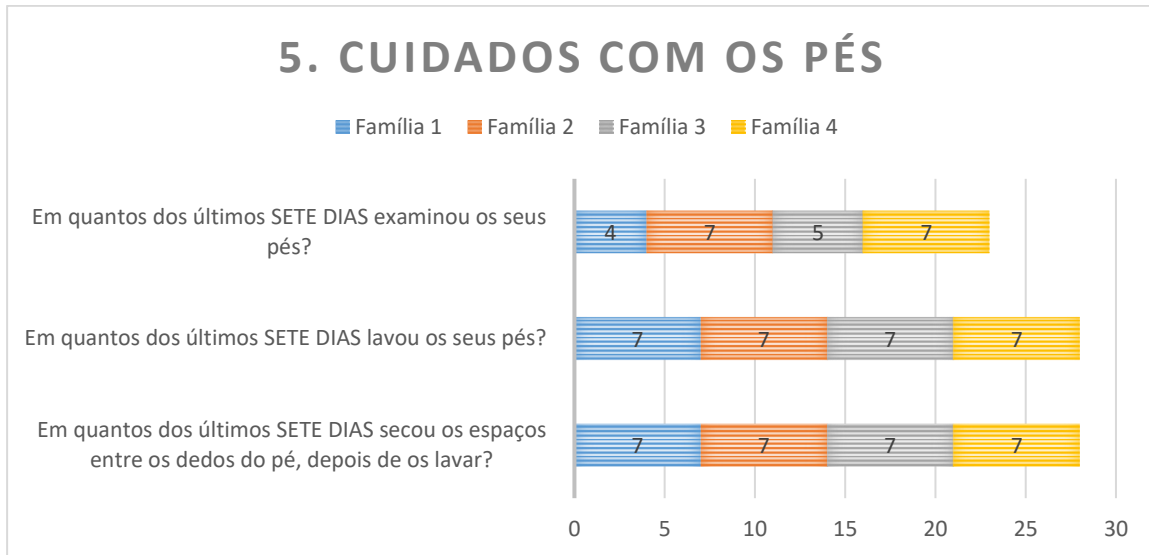


- Cuidados com os pés

Relativamente aos cuidados com os pés, inicialmente insuficientes nas famílias 1, 3 e 4 devido ao défice de conhecimento sobre a sua relevância e sobre as práticas adequadas a adotar, observou-se uma melhoria significativa após a implementação das intervenções de enfermagem. O número de dias em que os pés foram examinados aumentou progressivamente, alcançando quatro dias na família 1, cinco dias na família 3 e sete dias na família 4 (gráfico 11). Estes resultados refletem o impacto positivo da educação para a saúde na sensibilização para este domínio específico, evidenciando que a transmissão de conhecimento contribui para uma

mudança efetiva de comportamentos em práticas essenciais ao controlo da DM e à prevenção de complicações associadas.

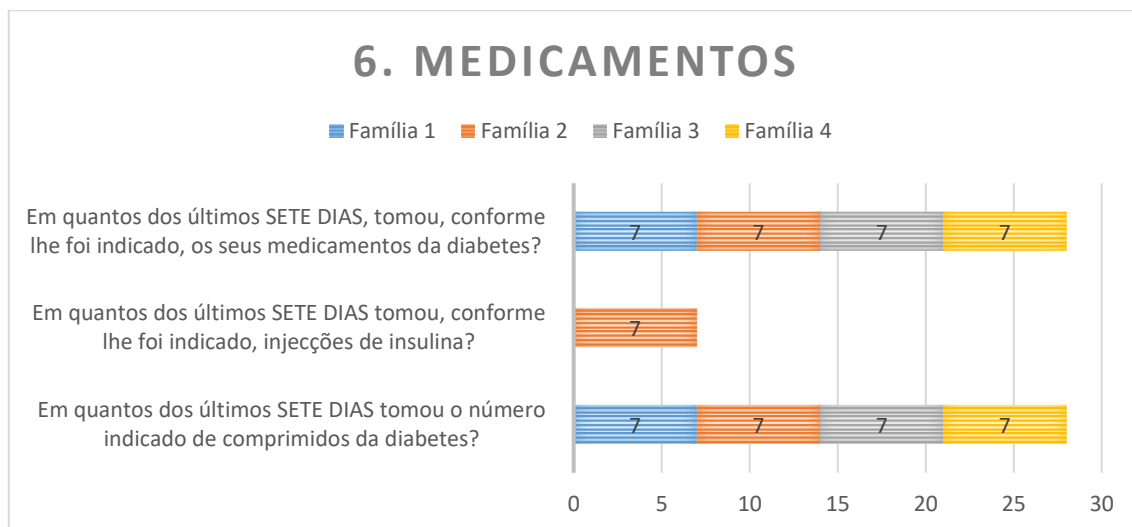
Gráfico 11 - Escala de autocuidado com a diabetes: cuidados com os pés



- Medicamentos

No âmbito da autogestão medicamentosa, verificou-se que 100% das famílias cumpriam rigorosamente a terapêutica antidiabética oral, seguindo a posologia e os horários recomendados. Adicionalmente, na família 2, foi também assegurada a administração diária de insulina, de acordo com a prescrição médica (gráfico 12). Durante as intervenções, foi reforçada a importância da manutenção deste comportamento, destacando-se o seu papel crucial no controlo glicémico e na prevenção de complicações, garantindo uma gestão terapêutica consistente e eficaz.

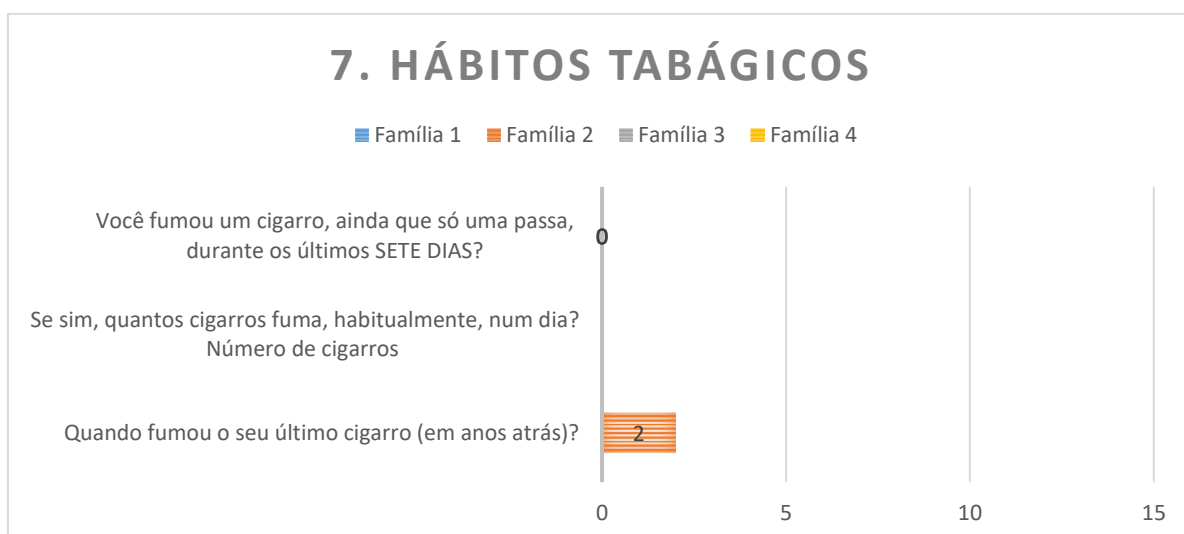
Gráfico 12 - Escala de autocuidado com a diabetes: medicamentos



- Hábitos Tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos, constatou-se que 100% das famílias não apresentaram qualquer consumo de cigarros nos últimos sete dias. Destaca-se ainda que 75% das famílias nunca tiveram historial de consumo tabágico, enquanto 25% cessaram o hábito há cerca de dois anos (gráfico 13). Durante as intervenções, foi reforçada a importância da continuidade deste comportamento, sublinhando os benefícios significativos da abstinência tabágica na prevenção de complicações associadas à DM, bem como na melhoria global da saúde cardiovascular.

Gráfico 13 - Escala de autocuidado com a diabetes: hábitos tabágicos



A LeS é amplamente reconhecida como um pilar essencial para capacitar as pessoas com DM tipo 2, na autogestão da doença e na tomada de decisões partilhadas. Baixos níveis de LeS estão consistentemente associados a piores resultados de saúde, incluindo menor adesão aos autocuidados e controlo glicémico inadequado (Abdullah, Liew, Salim, Ng & Chinna, 2019). Os resultados deste estudo corroboram os achados de Moura, Lopes, Teixeira, Oriá, Vieira e Guedes (2019), que demonstraram que intervenções no âmbito da educação para a saúde promovem melhorias significativas na LeS e na adesão às atividades de autocuidado em pessoas com DM tipo 2.

De forma integrada, os dados obtidos sugerem que a LeS deve ser um elemento central na avaliação das necessidades específicas das pessoas com DM tipo 2 e das suas famílias. Este pressuposto baseia-se na definição de LeS como a capacidade da pessoa para procurar, processar, compreender e aplicar informações relacionadas com a sua saúde (Chollou, Gaffari-Fam, Babazadeh, Daemi, Bahadori & Heidari, 2020).

Os dados deste estudo destacam valores mais elevados nos autocuidados relacionadas com a monitorização da glicémia, a adesão ao regime terapêutico e os hábitos tabágicos, em contraste com valores mais baixos observados nos domínios do autocuidado alimentar (geral e específico), cuidados com os pés e atividade física. Estes resultados sublinham áreas prioritárias que requerem reforço educativo e interventivo. Assim, torna-se imprescindível a implementação de programas estruturados de LeS na comunidade, como salientado por Almeida e Veiga (2020). Estes programas devem mitigar constrangimentos, promover o conhecimento e aumentar a motivação para a prática de atividade física, a adoção de uma alimentação saudável e o cuidado com os pés, contribuindo para a redução dos fatores de risco associados à DM tipo 2.

A baixa LeS está associada a défices de conhecimento sobre a DM, menor capacidade de autogestão, aumento das complicações vasculares e conseqüente diminuição da qualidade e da expectativa de vida. Estas complicações incluem alterações microvasculares, como retinopatia, nefropatia e neuropatia, e complicações macrovasculares, como a doença cardíaca coronária, o acidente vascular cerebral e a doença arterial periférica (Dantas, Figueiredo & Guedes, 2022). Neste sentido, a promoção da LeS deve ser considerada uma prioridade estratégica para os sistemas de saúde, traduzindo-se numa redução de comportamentos de risco, numa maior autonomia na gestão da doença e numa melhoria substancial dos resultados globais em saúde (Chollou et al., 2020).

As intervenções familiares evidenciam um impacto positivo substancial nos resultados de saúde, particularmente no contexto de doenças crônicas, como a DM. A abordagem centrada na família, enquanto unidade de cuidados, proporciona uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas familiares, das necessidades específicas e dos recursos disponíveis, permitindo a otimização das intervenções e a promoção de mudanças sustentáveis no autocuidado e nos estilos de vida (Armour, Norris, Jack Jr, Zhang & Fisher, 2005).

Reconhecendo a complexidade do sistema familiar, o enfermeiro assume que mudanças a nível cognitivo, comportamental ou afetivo na pessoa com DM têm impacto direto na família como um todo e, simultaneamente, nos seus membros de forma individual, podendo originar dificuldades em vários domínios da vida familiar. Assim, neste processo, o enfermeiro deve promover a potencialização das forças e recursos do sistema familiar em todas as fases do ciclo vital, considerando que o sistema de valores da família e da pessoa com DM influencia os comportamentos de saúde e a capacidade de adaptação ao diagnóstico de uma doença crónica (Figueiredo, 2023).

Particularmente o EEEEC-ESF, consignado como o profissional de referência na prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida, perspetiva a família como uma unidade de cuidados e promove a sua capacitação face às exigências específicas do seu desenvolvimento. A vivência de uma doença crónica por um dos seus membros reforça este paradigma, dado que o processo de ajustamento implica transformações emocionais e instrumentais, tanto no membro portador da doença como nos restantes membros da família e no sistema familiar como um todo (Dantas, Figueiredo & Guedes, 2022).

Os resultados do estudo desenvolvido por Dantas, Figueiredo e Guedes (2022) sublinham a importância de priorizar ações relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de complicações no contexto familiar. Intervenções direcionadas aos papéis familiares, ao *coping* familiar e ao processo familiar são fundamentais, tendo em conta que a coesão entre os membros da família está associada a uma maior adesão ao tratamento pela pessoa com DM, enquanto os conflitos familiares representam barreiras significativas à adesão.

A promoção de intervenções direcionadas às pessoas com DM tipo 2 e às suas famílias é essencial para capacitar estas populações na gestão eficaz da doença e consolidar conhecimentos fundamentais. Contudo, exige a sistematização dos cuidados e a formação contínua dos profissionais de saúde, de forma a prepará-los para prestar cuidados de excelência, responder adequadamente às necessidades específicas das populações e, simultaneamente,

potenciar ganhos significativos e mensuráveis em saúde (Friis, Lasgaard, Rowlands, Osborne & Maindal, 2019).

4. Conclusão

O presente relatório teve como objetivo documentar o percurso formativo associado ao desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar, com ênfase na prestação de cuidados especializados a famílias envelhecidas com membros portadores de DM tipo 2. Este processo baseou-se na aplicação de referenciais teóricos, com destaque para o MDAIF, que se revelou uma ferramenta essencial para a avaliação e intervenção em famílias em transição e promoveu ganhos sensíveis aos cuidados de ESF.

Aliada a uma abordagem sistémica, a intervenção direcionada ao membro da família portador de DM tipo 2 exigiu também a apropriação da Teoria das Transições e da Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes. Estas ferramentas permitiram fundamentar, interpretar e orientar as intervenções, considerando a natureza da transição vivenciada pelo membro da família, as condições subjacentes e os padrões de resposta observados.

Os resultados deste estudo evidenciaram a LeS como um fator determinante na capacitação das famílias para a autogestão da DM tipo 2. As entrevistas realizadas destacaram práticas heterogêneas de autocuidado, como o padrão alimentar, a prática de atividade física, a monitorização glicémica, os cuidados com os pés, a adesão ao regime terapêutico e hábitos tabágicos. Estas práticas refletem diferentes níveis de compromisso e compreensão sobre a gestão da doença, mas também revelam áreas de melhoria onde as intervenções de enfermagem podem exercer um papel preponderante.

De forma geral, os participantes demonstraram um nível satisfatório de adesão em aspetos como o cumprimento rigoroso da terapêutica prescrita e a ausência de hábitos tabágicos. Contudo, identificaram-se desafios em áreas como a prática de exercício físico regular e estruturado, os cuidados de vigilância dos pés e os hábitos alimentares. Estas lacunas foram abordadas através de intervenções centradas na educação para a saúde, na negociação de estratégias personalizadas e na mobilização das forças e recursos das famílias.

Os resultados demonstraram que a abordagem colaborativa e centrada na família promoveu ganhos em saúde, aumentando o conhecimento sobre a DM tipo 2, melhorando a qualidade de vida e prevenindo complicações associadas. Apesar da reduzida dimensão da

amostra limitar a generalização dos resultados, o rigor metodológico garante a robustez das conclusões, que reforçam a integração da LeS nas práticas de enfermagem como uma ferramenta indispensável para intervenções personalizadas, eficazes e sustentáveis.

Referências Bibliográficas

- Abdullah, A., Liew, S., Salim, H., Ng, C., & Chinna, K. (2019). Prevalence of limited health literacy among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *PloS one*, *14*(5), e0216402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216402>
- Alarcão, M. & Gaspar, M. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Paidéia*, *17*(36), 89-102.
<https://www.scielo.br/j/paideia/a/MZ3KmdzP8wVdsbfd3MfPzNq/abstract/?lang=pt>
- Almeida, C., & Veiga, A. (2020). Literacia em saúde e capacitação do idoso na prevenção da diabetes mellitus tipo2 em contexto comunitário. *Jornal de Investigação Médica*. *1*(2), 006–021. DOI: <https://doi.org/10.29073/jim.v1i2.294>
- Armour, T., Norris, S., Jack Jr, L., Zhang X. & Fisher, L. (2005). The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: a systematic review. *Diabet Med*, *20*(10), 1295-1305. Doi: 10.1111/j.1464-5491.2005.01618.x
- Bastos, F., Severo, M., Lopes., C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada. *Acta Médica Portuguesa* (20), 11-20.<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/836/512>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carter, B. & Mcgoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Chollou M., Gaffari-Fam S., Babazadeh T., Daemi A., Bahadori A-, & Heidari S. (2020). The Association of Health Literacy Level with Self-Care Behaviors and Glycemic Control in a Low Education Population with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study in Iran. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 13, 1685-1693. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S253607>
- Correia C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H. & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmica de Avaliação e Intervenção Familiar- um estudo de caso. *Egitania e Scientia*, 1(28), 187-203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Dantas, M., Figueiredo, M., & Guedes, V. (2022). Intervenções do enfermeiro de família na consulta de vigilância da diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV21084>
- Duvall, R. & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4). <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Fernandes, L. (2020). *A Terapia Breve Orientada para Soluções (TBOS): Um Caso de Sucesso, com Diagnóstico de Bipolaridade*. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, & I. Leal (Orgs.). *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 63-73). Lisboa: Edições ISPA
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M., Paiva, M., & Figueiredo M. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>

- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência
- Figueiredo, M. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel
- Figueiredo, M., & Dias, A. (2023). *Técnicas de Intervenção Interacionais*. In Figueiredo, M. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1 ed., pp. 438-446). Lidel.
- Figueiredo, M., Guedes, V., & Lebreiro, M. (2023). *A Saúde Familiar – Multidimensionalidade da Saúde Familiar*. In Figueiredo, M. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1 ed., pp. 125-129). Lidel.
- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L. & Oliveira, P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Kairós-Gerontologia*, 14(Especial9), 11–22. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2011v14iEspecial9p11-22>
- Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., Osborne, R. & Maindal, H. (2019). Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *Journal Health Commun*, 21(7), 54–60. DOI:10.1080/10810730.2016.1201175
- Gameiro, J. (1994). *Quem sai aos seus ...* Porto: Afrontamento <https://pt.scribd.com/document/487044040/Quem-sai-aos-Seus>
- Garnett, A., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Strachan, P. (2018). Self-management of multiple chronic conditions by community-dwelling older adults: A concept analysis. *SAGE Open Nursing*, 4, 1-16. <https://doi.org/10.1177/2377960817752471>

Horta, W.A. (1974). Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 5(1), 7-15.

<https://www.scielo.br/j/reensp/a/z3PMpv3bMNst7jCJH77WKLb/>

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser: Family. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas: 10th edition*. IDF.

<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>

Lopes, M., Saraiva, K., Fernandes, A., & Ximenes, L. (2010). Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 19(3), 461-468. doi: 10.1590/S0104-07072010000300007

Lorig, K. & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 1-7.

https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Martins, M. (2023). *A Saúde Familiar – Conceito de Saúde Familiar*. In Figueiredo, M. (Coord.). (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1 ed., pp. 122-124). Lidel.

Meleis, A., Sawyer, L., Hilfinger Messias, D. & Schumacher, K. (2010). *Experiencing transitions: An emerging middle - range theory*. In: Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1079-1086.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>

- Mingote, C., Mingote, C., Ferreira, E., Sousa, M. & Rodrigues, M. (2024). Literacia Em Saúde Dos Utentes Com Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão de Risco Cardiovascular*, 99, 10–21. <https://doi.org/10.58043/rphrc.113>
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA SAUDE_2018_compressed.pdf
- Moura, N., Lopes, B., Teixeira, J., Oriá, M., Vieira, N. & Guedes, M. (2019). Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 734-740. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0291>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2008). Primary Health Care: Now More Than Ever. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69863/WHO_IER_WHR_08.1_eng.pdf
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 73/2017. (2017, junho 21). Regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário da República*, 1(118), 3128-3140. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>
- Portugal, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2024). *Infográfico INSA – Doença Crónica*. <https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/>

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. DGS. <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas: Literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030 — Plano estratégico*. DGS. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa Nacional para a Diabetes: Desafios e Estratégias 2023*. DGS. <https://www.spedm.pt/pt/noticias-spedm/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023>
- Portugal, Portaria n.º 1368/2007. (2007, outubro 18). Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). *Diário da República*, I(201), pp. 7655–7659. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1368-2007-629123>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744 – 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento n.º 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, Série II, pp. 19354-19359.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Portugal, Regulamento n.º 743/2019. (2019, setembro 25). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2ª Série, pp. 128-155. [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040)

[124981040](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040)

Queirós, P. J. P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes.

Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 20(3). [https://doi.org/10.5935/1414](https://doi.org/10.5935/14148145.20160079)

[8145.20160079](https://doi.org/10.5935/14148145.20160079)

Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Serviço Nacional de Saúde - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024, 10 de outubro). *Distribuição das inscrições nos CSP*. [https://bicsp.min-](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2091200/Pages/default.aspx)

[saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2091200/Pages/default.aspx](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2091200/Pages/default.aspx)

Shivalli, S., Majra, J. P., Akshaya, K. & Qadiri, G. (2015). Family centered approach in primary health care: Experience from an urban area of Mangalore, India. *The Scientific World Journal*, 2015. doi: 10.1155/2015/419192

Silva, A., Ferreira, N., Jardimino, D., Nascimento, L., Sabino, L. (2022). Application of motivational interviews in the scope of health: integrative review. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(40), 1-19. <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1452>

- Silva, J., Crepaldi, M., & Bousfield, A. (2021). Representações sociais e doenças crônicas no contexto familiar: revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2).
<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.964>
- Sousa, M., Martins, T., & Pereira, F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(6), 55-63. <https://doi.org/10.12707/RIV14069>
- Sousa, M., Vilar, A., Sousa, C., & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: Dos modelos aos programas de intervenção. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39477/1/e-book-a.pdf>
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidata
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências*. Brasil: Editora da Universidade Federal da Bahia.
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>
- Toral, N., & Slater, B. (2007). Transtheoretical model approach in eating behavior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600025>
- Van der Gaag, M., Heijmans, M., Spoiala, C., & Rademakers, J. (2022). The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illness*, 18(2), 221–233. <https://doi.org/10.1177/17423953211035472>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento (2ª ed.)*. Edições Sílabo

- Watson, J. (2023). Unitary Caring Science: Caritas Compassion Transpersonal Theory. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 106–109. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.296>
- Williams, L. & Auburn, T. (2016). Accessible polyvocality and paired talk: how family therapists talk positive connotation into being. *Journal of Family Therapy*, 38(4), 535-554. DOI: 10.1111/1467-6427.1209
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles*. ISBN 978-92-4-151462-0. <https://iris.who.int/handle/10665/274512>
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos (5ª ed.)*. Bookman
- Zordan, E., Dellatorre, R., & Wiczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistêmica: Pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva (Erechim)*, 36(136), 133-142. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf
- Zuluaga, M., Mesa, S., Valencia, J., & Bustamante, A. (2020). La metáfora en terapia familiar: fundamentos para la intervención. *Revista De La Facultad De Trabajo Social*, 35(35), 80-105. <https://doi.org/10.18566/rfts.v35n35.a05>

Apêndices

Apêndice I - Cronograma de Atividades

Atividades	Ano	2024				2025
	Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Tarefa 1. Seleção do Tema						
Tarefa 2. Revisão da Literatura						
Tarefa 3. Discussão com a orientadora (refinar o tema, definir objetivos e validar a relevância e viabilidade da pesquisa)						
Tarefa 4. Definição da Metodologia						
Tarefa 5. Discussão com a orientador a (validar a metodologia e ajustar o instrumento de colheita de dados)						
Tarefa 6. Pedido de Parecer à comissão de Ética e autorização para a realização do estudo à instituição						
Tarefa 7. Pedido de consentimento informado às famílias						
Tarefa 8. Colheita de dados						
Tarefa 9. Análise e interpretação dos dados						
Tarefa 10. Discussão com a orientadora (apresentação dos resultados preliminares e discussão /interpretação)						
Tarefa 11. Redação final e Revisão do relatório						
Tarefa 12. Revisão com a orientadora (última revisão com reajustes finais)						
Tarefa 13. Submissão e Preparação para defesa						

Apêndice II - Sessão “Plano de Cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar: Registos no SClínico- CSP®”



1



Conhecimento em Enfermagem: a centralidade da família no cuidado

A **International Family Nursing Association**, destaca que o conhecimento em enfermagem de saúde familiar deve ser integrado na prática clínica. A sua incorporação na ontologia de enfermagem não é apenas um indicador da transferibilidade do conhecimento, mas também um contributo essencial para a ação profissional dos enfermeiros ¹.

A identificação e sistematização dos itens de informação – nomeadamente dados, focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem – que abordem a família enquanto cliente, constituem um passo essencial para a formalização do conhecimento disciplinar no domínio dos processos familiares e da abordagem à família, considerada coletivamente, incluindo todos os seus elementos ¹.

Em Portugal, particularmente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, os enfermeiros dispõem de Sistemas de Informação em Enfermagem, nos quais documentam os cuidados prestados em diferentes contextos, nomeadamente nos cuidados de saúde primários. A integração do conhecimento disciplinar sobre a família nestes sistemas pode contribuir significativamente para a melhoria da prática clínica e da qualidade dos cuidados prestados ¹.

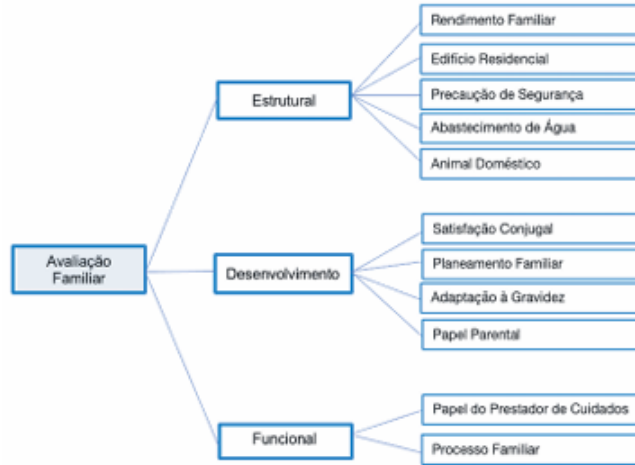
¹Bastos, P., Cruz, I., Campos, J., Bicho, A., & Fátima, M. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – A família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1). <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

2



Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

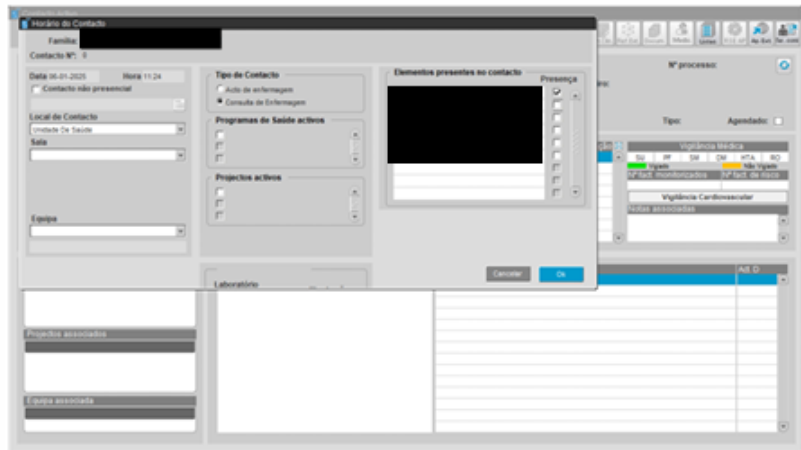
Uma ação transformativa nos CSP



3



Interface do SClínico: Registos de Enfermagem Familiar



4



Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: [REDACTED] Nº Utente: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - Situações de urgência
 - Consultas solicitadas no CE
 - CHARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - Tipos de família**
 - Ciclo Vida Familiar (Diversi)
 - Rendimentos
 - Apoio social
 - Observações
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
 - PRESTADOR DE CUIDADOS
 - OUTRAS SITUAÇÕES

CHARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

Tipos de família: Família alargada

Registado por: [REDACTED] Data: 08-01-2025 Hora: 11:27

POR PROGRAMA

Serviço: UCP 026 Nº Contacto: 0753071 Processo Familiar

Nº processo: 0342

Tipos: 1 Agendado: 11

Agenda

DATA	HORA	ACTIVIDADE	ESTADO
08-01-2025	11:30	UCP 026 - CE - UTA - 40	Agendado

5



Avaliação Inicial

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: [REDACTED] Nº Utente: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

ITEMS A AVALIAR

- Família
 - UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE
 - Situações de urgência
 - Consultas solicitadas no CE
 - CHARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA
 - Tipos de família
 - Ciclo Vida Familiar (Diversi)**
 - Rendimentos
 - Apoio social
 - Observações
 - EDIFÍCIO RESIDENCIAL
 - ASPECTOS RELEVANTES DE SAÚDE
 - ACTIVIDADES DE ESTILO DE VIDA
 - PRESTADOR DE CUIDADOS
 - OUTRAS SITUAÇÕES

CHARACTERIZAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA

Ciclo Vida Familiar (Diversi)

Tipos de família: Família alargada

Registado por: [REDACTED] Data: 08-01-2025 Hora: 11:38

POR PROGRAMA

Serviço: UCP 026 Nº Contacto: 0753071 Processo Familiar

Nº processo: 0342

Tipos: 1 Agendado: 11

Agenda

DATA	HORA	ACTIVIDADE	ESTADO
08-01-2025	11:30	UCP 026 - CE - UTA - 40	Agendado

6



Avaliação Social

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: [REDACTED] Nº Utilizador: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

IDENTIFICADOR

- Utilização Serviços de Saúde
 - Situações de urgência
 - Custos associados na CE
- Caracterização Socio-Económica
 - Tipos de família
 - Outros Tipos Familiares (Estat)
 - Residência**
 - Aluguer social
 - Observações
- Mediador Residencial
- Aspectos Relevantes de Saúde
- Actividades de Estilo de Vida
- Prestador de Cuidados
- Outras Situações

Caracterização Socio-Económica

Residência: [dropdown menu]

Registo por: [dropdown menu] Data: 08-01-2023 Hora: 11:31

Por Programa

Serviço: [dropdown menu] Nº Contacto: 070471 Processos Familiares

Processo 1000

Tipos: Agendado

Agendamento Médica

DATA	ORA	ESTADO	ACT. 01	ACT. 02

7



Avaliação Social

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: [REDACTED] Nº Utilizador: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

IDENTIFICADOR

- Tipos de família
- Outros Tipos Familiares (Estat)
 - Residência
 - Aluguer social
 - Observações
- Mediador Residencial
 - Residência**
 - Número de quartos
 - Número de quartos
 - Casa de banho
 - Localização casa de banho
 - Observações
 - Abastecimento de água
 - Saneamento básico
 - Electricidade
 - Conexão à internet
 - Aluguer da habitação
 - Observações gerais

Mediador Residencial

Residência: [dropdown menu]

Registo por: [dropdown menu] Data: 08-01-2023 Hora: 11:31

Por Programa

Serviço: [dropdown menu] Nº Contacto: 070471 Processos Familiares

Processo 1000

Tipos: Agendado

Agendamento Médica

DATA	ORA	ESTADO	ACT. 01	ACT. 02

8



Registro de escala - atendimento psicológico

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
 Nome: [REDACTED] Matr: [REDACTED] Nº Unidade: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]
 Unidade: Psicologia/Corpoqat Data: 08-01-2022 Hora: 11:45

Registrar Escala

GRUPO
 Satisfação corporal

ITENS DO GRUPO

- RELACIONAMENTO
- ESTABILIDADE
- INTERAÇÃO SOCIAL
- SENSIBILIDADE

PARÂMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Satisfação corporal	4000
Conteúdo	4000
Interação social	4000
Função social	comprometida

GRUPO DE SCORE

Grupo	Score
Satisfação corporal	3,33

Score total: 0

13



Registro de escala - processo de análise

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
 Nome: [REDACTED] Matr: [REDACTED] Nº Unidade: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]
 Unidade: Psicologia/Corpoqat Data: [REDACTED] Hora: [REDACTED]

Registrar Escala

GRUPO
 Análise funcional

ITENS DO GRUPO

- Atividade
- Função
- Papel
- Comunicação
 - não comprometida
 - comprometida
- Caring
 - não comprometida
 - comprometida
- Interação de papel
 - não comprometida
 - comprometida
- Satisfação corporal
 - não comprometida
 - comprometida
- Conflitos
 - não
 - sim

PARÂMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Atividade	
Função	
Papel	
Comunicação	
Caring	
Interação de papel	
Satisfação corporal	
Conflitos	

GRUPO DE SCORE

Grupo	Score
Análise funcional	

Score total: 0

14



Processo de Saúde - processo familiar

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
 Nome: [REDACTED] Matr: [REDACTED] Nº Usuário: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]
 processo familiar Data: 06-01-2025 Hora: 11:45

Registrar Escala

GRUPOS
 Processo familiar

ITEMS DO GRUPO
 - JANEIROS
 - COMUNICAÇÃO
 - CRISES
 - INTERAÇÃO DE PAIS
 - REGULAÇÃO DINÂMICA
 - **SAÚDE FAMILIAR**

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Adequado	sim
Comunicação	não comprometido
Coping	não comprometido
Interação de pais	não comprometido
Regulação dinâmica	não comprometido
Confiança	não

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Processo familiar	

Score total: [REDACTED]



Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
 Nome: [REDACTED] Matr: [REDACTED] Nº Usuário: [REDACTED] Nº Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição
 Realizar avaliação conjugal
 Realizar processo familiar

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO
 Nome: 07-01-2024 Fim: 06-01-2025
 Processo de Atenção: Diagnóstico
 Processo Familiar: Sem processo familiar comprometido
 Data/Faixa Conjugal: Data/Faixa conjugal comprometida 06-01-2025 11:45

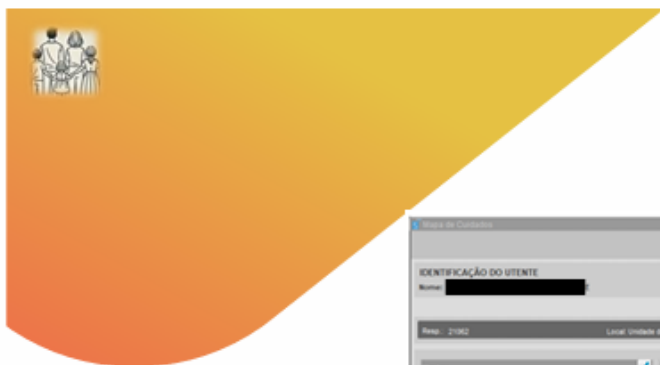
Resp. Início: FLÁVIA LOUREIRO Resp. Término: [REDACTED]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	Ativ	Ativa	Termin
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resp. Início: [REDACTED] Resp. Término: [REDACTED]

Última Avaliação: 2025-01-06 11:45 (1)



Windows - Sistema de Contabilidade

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: [REDACTED] Nº processo: [REDACTED] Dia: 05-01-2025

Local Unidade de Saúde: [REDACTED] Estado: Em Realização | DataHora Inicio: 05-01-2025 11:20h | DataHora Fim: [REDACTED]

Processo	Nome	Data	Atividade	Observações	Especificações
[REDACTED]	[REDACTED]	05-01-2025	11:45	Acessar sistema de contabilidade	
[REDACTED]	[REDACTED]	05-01-2025	11:46	Acessar processo familiar	
[REDACTED]	[REDACTED]	05-01-2025	11:54	Acessar submissão consórcio	
[REDACTED]	[REDACTED]	05-01-2025	11:55	Acessar submissão consórcio	

17



Grata pela atenção



18

Anexos

Anexo I - Consentimento Informado: Famílias Participantes no Estudo



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página, o participante, está a confirmar o seguinte:

- Leu e compreendeu todas as informações, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- Informa-se ainda (retirar caso não se aplique à amostra em estudo):
 - O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;
 - O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;
 - A partir dos 16 anos assina apenas o participante;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.



(Participante)

(Representante Legal)

(se aplicável)



Assinatura do Participante

Assinatura do Representante Legal

(se aplicável)

Data 03 / 12 / 2024

Data ____ / ____ / ____



Consentimento Informado - Participante


Ao assinar esta página, o participante, está a confirmar o seguinte:

- Leu e compreendeu todas as informações, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- Informa-se ainda (retirar caso não se aplique à amostra em estudo):
 - O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;
 - O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;
 - A partir dos 16 anos assina apenas o participante;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.



 (Participante)

 (Representante Legal)
 (se aplicável)



 Assinatura do Participante

 Assinatura do Representante Legal
 (se aplicável)

Data 10 / 12 / 2024

Data ____ / ____ / ____



Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página, o participante, está a confirmar o seguinte:

- Leu e compreendeu todas as informações, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- Informa-se ainda (retirar caso não se aplique à amostra em estudo):
 - O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;
 - O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;
 - A partir dos 16 anos assina apenas o participante;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

(Participante)

(Representante Legal)

(se aplicável)

Assinatura do Participante

Assinatura do Representante Legal

(se aplicável)

Data 13 / 12 / 2024

Data ____ / ____ / ____



Consentimento Informado - Participante

Ao assinar esta página, o participante, está a confirmar o seguinte:

- Leu e compreendeu todas as informações, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- Informa-se ainda (retirar caso não se aplique à amostra em estudo):
 - O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;
 - O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;
 - A partir dos 16 anos assina apenas o participante;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

(Participante)

(Representante Legal)

(se aplicável)

Assinatura do Participante

Assinatura do Representante Legal

(se aplicável)

Data 16 / 12 / 2024

Data ___ / ___ / ___

Anexo II - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 1

PROJETO CRON/PFT2014



ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por F. Bastos e C. Lopes C (2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

	Nº de dias							
1. ALIMENTAÇÃO GERAL								
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ACTIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. CUIDADOS COM OS PÉS								
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
6. MEDICAMENTOS								
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?								
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
7. HÁBITOS TABÁGICOS								
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Não		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim				<input type="checkbox"/>
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____								
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	Nunca		<input checked="" type="checkbox"/>	Há mais de 2 anos atrás				<input type="checkbox"/>
Um a dois anos atrás	<input type="checkbox"/>	Quatro a doze meses atrás	<input type="checkbox"/>	Um a três meses atrás	<input type="checkbox"/>	No último mês	<input type="checkbox"/>	Hoje

Anexo III - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 2

PROJETO CRON/PFT2014



ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por F. Bastos e C. Lopes C (2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

	Nº de dias								
1. ALIMENTAÇÃO GERAL									
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7	
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7	
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA									
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7	
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. ACTIVIDADE FÍSICA									
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7	
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA									
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7	
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5. CUIDADOS COM OS PÉS									
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7	
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. MEDICAMENTOS									
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	
OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7	
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. HÁBITOS TABÁGICOS									
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Não		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim		<input type="checkbox"/>			
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____									
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	Nunca		<input type="checkbox"/>	Há mais de 2 anos atrás		<input checked="" type="checkbox"/>			
Um a dois anos atrás	<input type="checkbox"/>	Quatro a doze meses atrás	<input type="checkbox"/>	Um a três meses atrás	<input type="checkbox"/>	No último mês	<input type="checkbox"/>	Hoje	<input type="checkbox"/>

Anexo IV - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 3

PROJETO CRON/PFT2014



ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por F. Bastos e C. Lopes C (2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

	Nº de dias							
1. ALIMENTAÇÃO GERAL								
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (Incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ACTIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. CUIDADOS COM OS PÉS								
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7
6. MEDICAMENTOS								
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7
7. HÁBITOS TABÁGICOS								
Tem ou teve um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Não		<input checked="" type="checkbox"/>	Sim		<input type="checkbox"/>		
Quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____								
Quando fumou o seu último cigarro?	Nunca		<input checked="" type="checkbox"/>	Há mais de 2 anos atrás		<input type="checkbox"/>		
	a dois anos atrás		<input type="checkbox"/>	Quatro a doze meses atrás		<input type="checkbox"/>		
	Um a três meses atrás		<input type="checkbox"/>	No último mês		<input type="checkbox"/>		
	Hoje							<input type="checkbox"/>

Anexo V - Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes: família 4

PROJETO CRON/PFT2014



ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por F. Bastos e C. Lopes C (2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias									
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0	1	2	3	4	5	6	7		
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0	1	2	3	4	5	6	7		
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA										
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vacca, porco, cabrito)?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0	1	2	3	4	5	6	7		
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0	1	2	3	4	5	6	7		
3. ACTIVIDADE FÍSICA										
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0	1	2	3	4	5	6	7		
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0	1	2	3	4	5	6	7		
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA										
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0	1	2	3	4	5	6	7		
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5. CUIDADOS COM OS PÉS										
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0	1	2	3	4	5	6	7		
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0	1	2	3	4	5	6	7		
6. MEDICAMENTOS										
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7		
OU (se insulina e comprimidos):	0	1	2	3	4	5	6	7		
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0	1	2	3	4	5	6	7		
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7		
7. HÁBITOS TABÁGICOS										
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?	Não <input checked="" type="checkbox"/>								Sim <input type="checkbox"/>	
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____										
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?	Nunca <input checked="" type="checkbox"/>		Há mais de 2 anos atrás <input type="checkbox"/>							
	Um a dois anos atrás <input type="checkbox"/>		Quatro a doze meses atrás <input type="checkbox"/>		Um a três meses atrás <input type="checkbox"/>		No último mês <input type="checkbox"/>		Hoje <input type="checkbox"/>	