

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Ana Patrícia Gil Rocha

Mestrado em Enfermagem de Comunitária na área de Saúde Familiar

**Relatório do Estágio III - Enfermagem de Cuidados de Saúde à família no contexto
de USF/UCSP**

Professora Orientadora: Telma Vidinha

Leiria

abril 2026

Relatório do Estágio III - Enfermagem de Cuidados
de Saúde à família no contexto de USF/UCSP
apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria
para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar,
realizado sob a orientação científica da
Professora Telma Vidinha, da Escola Superior
de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Conhecimento por si só não basta, é a forma como o utilizamos que define o seu valor.

Shingo Irie

Agradecimentos

A todos que sempre me apoiaram e incentivaram nesta etapa, agradeço por todos os momentos que em que ajudaram!

À Professora Telma Vidinha, pela disponibilidade, orientação científica e apoio demonstrado ao longo dos estágios.

À enfermeira Patricia e a todas as colegas que integram a Unidade de Saúde Local onde estive a estagiar, pela disponibilidade, amabilidade e ajuda, sem vocês nada disto teria o mesmo impacto que teve na minha vida.

À minha família, namorado e amigos, que sempre estiveram ao meu lado nos meus maiores momentos de ansiedade e dar o apoio que precisava para continuar nesta aventura.

Aqueles que este ano partiram e deixam comigo as memórias do que são os bons tempos e o que representa o significado de “família” para mim.

A todos, muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: Desde a década de 1970 que se tem observado a evolução e a mudança de paradigmas dos cuidados de saúde primários (CSP), inicialmente focados no modelo biomédico e atualmente no foco da família como unidade de cuidados (Melo, 2021). Esta evolução foi acompanhada pelo desenvolvimento da área de enfermagem de saúde familiar (ESF), que atualmente é uma área conceituada para a promoção de saúde e acompanhamento dos sistemas familiares ao longo de todo o seu ciclo vital (Figueiredo, 2012). Torna-se, por conseguinte, importante adotar uma prática de enfermagem centrada na família, com base em modelos que considerem o indivíduo no contexto familiar e social, promovendo a participação ativa de todos os intervenientes (Oliveira et al., 2011). Vários estudos demonstram que a qualidade dos cuidados depende das atitudes dos enfermeiros face à inclusão da família. Contudo, esta não é a única variável que influencia a sua inclusão (Fernandes et al., 2015; Oliveira et al., 2011). Outros estudos apontam para a influência das crenças dos enfermeiros no seu comportamento e nas suas práticas diárias, sugerindo que estas podem afetar de forma inconsciente a integração da família nos seus cuidados (Hraunfjörð et al., 2024; Nobokuni et al., 2021). No presente relatório, será efetuada uma breve contextualização da prática clínica de ESF, do local onde decorreu o estágio, dos modelos teóricos que serviram de suporte ao estágio e ao projeto de investigação, bem como do trabalho resultante da aplicação da prática baseada em evidência durante o estágio.

Objetivos: Contextualizar os CSP, focando na Unidade de Saúde Familiar (USF) onde decorreu o estágio entre 28 de abril de 2025 e 29 de janeiro de 2026. Refletir sobre a aquisição das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF desenvolvidas a partir da análise crítica das atividades desenvolvidas. Evidenciar, por meio de um projeto de investigação, quais as crenças e atitudes dos enfermeiros face aos cuidados centrados na família, analisar a sua relação, bem como a se existe ligação com variáveis sociodemográficas e profissionais, e identificar crenças que funcionem como obstáculos ou facilitadores dessa abordagem.

Metodologia: A análise de indicadores e dados estatísticos configura-se como um instrumento central para a caracterização e contextualização da população abrangida pela USF. Posteriormente, procede-se ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de ESF, sustentado numa análise crítico-reflexiva das práticas desenvolvidas ao longo do estágio. O projeto de investigação assenta num estudo de abordagem mista, de natureza descritiva, relacional e transversal, no qual foi aplicada a escala *“Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros”*, originalmente criada por Benzein et al. (2008) e posteriormente traduzida e adaptada para versão portuguesa por Oliveira et al. (2011), complementada por três questões abertas, a uma amostra de 49 enfermeiros dos contextos de USF e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Unidade Local de Saúde onde decorreu o estágio. Este teve como objetivo geral analisar a relação entre as crenças e as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados centrados na família em contexto de CSP e como objetivos específicos avaliar as atitudes dos enfermeiros dos CSP face aos cuidados centrados na família, analisar a relação entre as atitudes e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros de CSP, explorar as crenças dos enfermeiros dos CSP relativamente à família enquanto foco de cuidados e identificar quais crenças são percecionadas como obstáculos e como facilitadores dos cuidados centrados à família, por parte dos enfermeiros de CSP.

Resultados: Sobre o relatório, emergem as atividades desenvolvidas para a concretização das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF, que advêm do percurso desenvolvido ao longo do estágio. Relativamente ao projeto de investigação, a maioria dos participantes é do género feminino, com uma média de idades compreendida em 50,306 anos e tempo de experiência profissional média de 27,796 anos, são licenciados e trabalham em contexto de USF. Não se

verificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e as atitudes observadas na amostra em relação à família enquanto foco de cuidados. Relativamente às crenças dos participantes, foram identificados obstáculos de natureza cultural, familiar, comunicacional e ética, e como estratégias para a sua superação a adoção da prática baseada na evidência e a implementação de uma abordagem holística aos cuidados. Como consequências positivas do uso das crenças na prática clínica, destacam-se: Promoção de boas práticas em saúde; fortalecimento da comunicação e o maior envolvimento da família nos cuidados. Por fim, a conceptualização de família enquanto foco de cuidados foi categorizada em três dimensões: Família como unidade de cuidados, família como recurso e parceira no processo de cuidar e família como fonte de empoderamento.

Conclusão: O presente relatório sistematiza o percurso formativo realizado na USF onde decorreu o estágio, sustentado nos objetivos gerais e específicos preconizados, evidenciando o processo de aquisição e consolidação de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária na área da ESF. Relativamente ao projeto de investigação, os resultados indicam não existir associação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e as atitudes face à família enquanto foco de cuidados. Simultaneamente, demonstram que a presença de crenças e atitudes favoráveis à centralidade da família favorece a adoção de práticas clínicas concordantes com as orientações normativas nacionais e internacionais, promovendo a sua integração efetiva no processo de cuidar.

Implicações para a prática clínica: Face às condicionantes identificadas, os achados reforçam a necessidade de investir em estratégias formativas e de suporte à prática que facilitem a integração sistemática da família nos cuidados de enfermagem, bem como na conceção e implementação de instrumentos e indicadores específicos que permitam monitorizar e evidenciar o impacto das crenças e atitudes dos profissionais na qualidade dos cuidados, particularmente no contexto da ESF.

Palavras-chaves: Enfermagem Familiar; Atitude; Crença

Abstract

Background: Since the 1970s, there has been a shift and a change in paradigms in primary health care (PHC), initially centered on the biomedical model and now focused on the family as the unit of care (Melo, 2021). This evolution has been accompanied by the development of the field of Family Health Nursing (FHN), which is now a well-established discipline for health promotion and the support of family systems throughout their entire life cycle (Figueiredo, 2012). Thus, it is essential to adopt a family-centered nursing practice, based on models that consider the individual within the family and social context, promoting the active participation of all stakeholders (Oliveira et al., 2011). Several studies demonstrate that the quality of care depends on nurses' attitudes toward family inclusion, however, this is not the only factor influencing such inclusion (Fernandes et al., 2015; Oliveira et al., 2011). Other studies indicate that nurses' beliefs are factors that influence their behaviours and daily practices, potentially affecting, even unconsciously, how they integrate the family into their care (Hraunfjörð et al., 2024; Nobokuni et al., 2021). Throughout this report, a brief overview is provided of the clinical practice of the FHN, the location where the internship took place, the theoretical models that underpinned the internship and the research project, and the work that resulted from the application of evidence-based practice during the internship.

Objective: Provide context for the Family Health Unit (FHU) where the internship took place between April 28, 2025, and January 29, 2026. Reflect on the acquisition of the general and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing within the FHN, as developed through a critical analysis of the activities carried out. Demonstrate, through a research project, the beliefs and attitudes of nurses regarding family-centered care, analyse their relationship, as well as whether there is a connection with sociodemographic and professional variables, and identify beliefs that act as obstacles or facilitators of this approach.

Methodology: The analysis of indicators and statistical data serves as a key tool for characterizing and contextualizing the population served by the FHU. Subsequently, the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing within the FHS are developed, based on a critical-reflective analysis of the practices carried out during the internship. The research project is based on a mixed-methods study of a descriptive, relational, and cross-sectional nature, in which the "Importance of Families in Nursing Care – Nurses' Attitudes" scale was applied. This scale was originally created by Benzein et al. (2008) and subsequently translated and adapted into Portuguese by Oliveira et al. (2011), and it is supplemented by three open-ended questions, to a sample of 49 nurses from the FHU and the Personalized Health Care Unit of the Local Health Unit where the internship took place. The overall objective of this study was to analyse the relationship between nurses' beliefs and attitudes toward family-centered care in the context of PHC, and its specific objectives were to assess the attitudes of nurses toward family-centered care, to analyse the relationship between these attitudes and the sociodemographic and professional variables of CSP nurses, to explore the beliefs of CSP nurses regarding the family as the focus of care, and to identify which beliefs are perceived as obstacles and which as facilitators of family-centered care by CSP nurses.

Results: The report highlights the activities carried out to develop the general and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing within the FHS, which stem from the learning process undertaken during the internship. Regarding the research project, most participants are female, with a mean age of 50,306 years and an average professional experience of 27,796 years; they hold bachelor's degrees and work in FHU. No statistically significant associations were found between sociodemographic and professional variables and the attitudes observed in the sample regarding the family as the focus of care. Regarding the participants' beliefs, obstacles of a cultural, familial, communicational, and ethical nature were identified, and as strategies for overcoming them, the adoption of evidence-based practice and the implementation of a holistic approach

to care were highlighted. Positive consequences of applying these beliefs in clinical practice include promotion of good health practices; strengthened communication; and greater family involvement in care. Finally, the conceptualization of the family as the focus of care was categorized into three dimensions: family as a care unit; family as a resource and partner in the caregiving process; and family as a source of empowerment

Conclusion: This report summarizes the training program carried out at the FHU where the internship took place, based on the recommended general and specific objectives, highlighting the process of acquiring and consolidating competencies in the field of Community Nursing within the FHS. Regarding the research project, the results indicate that there is no association between the sociodemographic and professional characteristics of nurses and their attitudes toward the family as the focus of care. At the same time, they demonstrate that the presence of beliefs and attitudes favourable to the centrality of the family promotes the adoption of clinical practices consistent with national and international regulatory guidelines, fostering their effective integration into the care process.

Relevance to clinical practice: Given the constraints identified, the findings underscore the need to invest in training and practice-support strategies that facilitate the systematic integration of families into nursing care, as well as in the design and implementation of specific tools and indicators to monitor and demonstrate the impact of professionals' beliefs and attitudes on the quality of care, particularly within the context of the FHS.

Keywords: Family nursing; Attitude; Belief

Lista de Abreviaturas

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CS - Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DR - Diário da República

EEECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESSLei - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

ICN - Internacional Council of Nursing

IFCE-AE - Escala “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos enfermeiros”

IFNA - International Family Nursing Association

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção à Família

MCBF - Modelo do Cuidar Baseado nas Forças

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

MCS - Modelo de Crenças de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences

TCP - Teoria do Comportamento Planeado

TGS - Teoria Geral dos Sistemas

ULS - Unidades Locais de Saúde

USF - Unidades de Saúde Familiares

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários

VD - Visitação Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	17
1.1. CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	17
1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF.....	18
1.2.1.Missão, Visão e Valores	18
1.2.2.Modelo de Funcionamento na USF.....	18
1.2.3.Recursos Humanos.....	19
1.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM	19
1.3.1.Programa da Carteira de Serviços.....	20
2. FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA SISTÉMICA- REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1. REFERENCIAIS TEÓRICOS DA ENFERMAGEM FAMILIAR.....	23
2.1.1.Teorias da ciência sociais da família.....	23
2.1.2.Teorias da terapia familiar.....	25
2.1.3.Teorias de enfermagem	25
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR	30
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	30
3.1.1.Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	30
3.1.2.Melhoria Contínua da Qualidade	31
3.1.3.Gestão de Cuidados.....	31
3.1.4.Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	32
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	33
3.2.1.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.....	33
3.2.2.Lidera e colabora nos processos de intervenção familiar	35
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	39
4.1. INTRODUÇÃO.....	39
4.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	40
4.3. METODOLOGIA	41
4.3.1.Hipóteses de investigação	41

4.3.2. Tipo de estudo.....	42
4.3.3. População-alvo e amostra	42
4.3.4. Instrumento de recolha de dados.....	42
4.3.5. Operacionalização de variáveis	43
4.3.5.1. Variáveis independentes	44
4.3.5.2. Variável dependente	44
4.3.6. Tratamento de dados	45
4.3.6.1. Procedimento de tratamento dos dados quantitativos	45
4.3.6.2. Procedimento de tratamento de dados qualitativos.....	46
4.3.6.3. Integração dos dados	46
4.3.7. Procedimentos formais e éticos	47
4.4. RESULTADOS.....	47
4.4.1. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros	47
4.4.1.1. Género	47
4.4.1.2. Idade	48
4.4.1.3. Grau académico	48
4.4.1.4. Tempo de experiência profissional.....	48
4.4.1.5. Contexto de prestação de cuidados.....	48
4.4.2. Atitudes dos enfermeiros face à família, como unidade de cuidados	49
4.4.3. Teste de hipóteses.....	50
4.5. CRENÇAS DOS ENFERMEIROS SOBRE A FAMÍLIA	52
4.5.1. Existência de barreiras a interação da família causadas pelas crenças do enfermeiro	52
4.5.2. Consequências positivas das crenças dos enfermeiros em relação à família, na sua prática clínica diária	55
4.5.3. Significado da família, como unidade de cuidados, para os enfermeiros	56
4.5.4. Integração dos dados quantitativos e qualitativos	59
4.6. DISCUSSÃO	60
4.7. CONCLUSÃO	63
4.8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	64
CONCLUSÃO	65

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66

APÊNDICE

Apêndice I - Estudo de caso a uma família utilizando o modelo de Calgary

Apêndice II - Fluxograma do procedimento da visita domiciliária

Apêndice III - Manual informativo para os cuidadores informais

Apêndice IV - Certificado de participação no “XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas Voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável”

Apêndice V - Certificado de participação no “VI Congresso Internacional De Enfermagem De Saúde Familiar”

Apêndice VI - Certificado de participação no “Ciclo Webinares - Futuro da Enfermagem na Área da Saúde Familiar - 5ª Sessão”

Apêndice VII - Certificado de participação no “II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar”

Apêndice VIII - Certificado de participação no “Congresso Internacional De Enfermagem Comunitária “

Apêndice IX - Certificado De Participação No Workshop “Atuação da Família na Prevenção da Lesão Por Pressão”

Apêndice X - Certificado De Participação No Workshop “Famílias no Final do Ciclo Vital”

Apêndice XI - Tradução Do Panfleto “Como Preparar Um Biberão”

Apêndice XII - Tradução Do Panfleto “Diversificação Alimentar”

Apêndice XIII - Certificado De Comunicação De Poster no “XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas Voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável”

Apêndice XIV - Poster apresentado no “XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas Voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável”

Apêndice XV - Programa De Atividades Proposto à ULS

Apêndice XVI - Pósteres Finais Para Divulgação do Evento

Apêndice XVII - Edição final do folheto disponibilizado no evento

Apêndice XVIII - Apresentação do Workshop “Comer mais por menos”

Apêndice XIX - Apresentação do Workshop “10 passos para uma alimentação saudável”

Apêndice XX - Livreto “Receitas em Família”

Apêndice XXI - Apresentação da sessão de formação “Norma Nº 003/ 2019- Modelo De Intervenção Diferenciada No Luto Prolongado Em Adultos”

Apêndice XXII - Apresentação da sessão de formação “Como Educar Para Uma Alimentação Saudável: Guia De Boas Práticas Para Pais E Educadores”

Apêndice XXIII - Poster de apoio as famílias com elementos LGBTQIA+

Apêndice XXIV - Folheto “Como preparar o biberão do bebé?”

Apêndice XXV - Poster “Como preparar o biberão para o bebé?”

Apêndice XXVI - Questionário

Apêndice XXVII – Consentimento Informado

ANEXOS

Anexo I - Autorização com parecer dos autores originais da escala “Importância Das Famílias Nos Cuidados De Enfermagem – Atitudes Dos Enfermeiros” para a sua utilização no estudo

Anexo II - Autorização com parecer dos autores da versão portuguesa da escala “Importância Das Famílias Nos Cuidados De Enfermagem – Atitudes Dos Enfermeiros” para a sua utilização no estudo

Anexo III - Parecer favorável do Enfermeiro Diretor da ULS

Anexo IV - Parecer favorável da Comissão De Ética da ULS

Lista de Figuras

Figura 1 - Número de inscritos na USF	22
Figura 2- Crenças percecionadas como barreiras pela amostra.....	52
Figura 3- Consequências positivas das crenças, percecionadas pela amostra	55
Figura 4- Significado de família, como unidade de cuidados, para a amostra	57

Lista de Tabelas

Tabela 1- Carteira básica dos Serviços da USF.....	21
Tabela 2 - Resumo dos referenciais teóricos utilizados	28
Tabela 3 - Fiabilidade da versão portuguesa da escala IFCE-AE no presente estudo	42
Tabela 4 - Variáveis independentes do estudo	44
Tabela 5 - Variáveis dependentes do estudo	44
Tabela 6 - Aplicação do teste Shapiro-Wilk à pontuação total da escala IFCE-AE	46
Tabela 7 - Distribuição da amostra, por género	47
Tabela 8 - Distribuição da amostra, por idade.....	48
Tabela 9 - Distribuição da amostra, por grau académico	48
Tabela 10 - Distribuição da amostra, por tempo de experiência profissional	48
Tabela 11 - Distribuição da amostra, por local de realização de prática clínica	48
Tabela 12 - Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE	49
Tabela 13 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o género.....	50
Tabela 14 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e a idade	50
Tabela 15 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o grau académico	51
Tabela 16 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de experiência profissional	51
Tabela 17 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de prestação de cuidados...	51
Tabela 18 - Subcategorização da categoria "Família como unidade de cuidados"	57
Tabela 19 - Subcategorização da categoria "Família como recurso e parceira nos cuidados"	58
Tabela 20 - Subcategorização da categoria "Família como fonte de empoderamento"	58
Tabela 21 - Scores obtidos na escala IFCE-AE e respetivas dimensões.....	61

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito do Estágio III - Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/ UCSP, integrado no plano de estudos do 8º curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei), que decorreu entre 28 de abril de 2025 até 29 de janeiro de 2026, sob a orientação científica da Professora Telma Vidinha.

Ao abordar hábitos e estilos de vida da pessoa, a família assume um papel central na promoção de saúde, devido à sua complexidade de inter-relações, valores crenças e praticas (Figueiredo, 2023; Oliveira et al., 2011). Nesse sentido, os cuidados centrados na família têm vindo a ser progressivamente implementados, sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (César-Santos et al., 2024; Oliveira et al., 2011), sendo a sua relevância reforçada por organizações internacionais, como o International Council of Nursing (ICN) e a International Family Nursing Association (IFNA), através da definição de guidelines, instrumentos e modelos teóricos orientadores da prática (ICN, 2024; IFNA, 2015).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) integrou estas diretrizes a partir do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, onde consta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF) detêm um conjunto de conhecimentos e competências promotores de uma relação terapêutica com a família, que permitem orientar o juízo clínico e uma tomada de decisão partilhada, mesmo em contextos de maior complexidade, com base nas forças, significados, crenças e sentidos que a família atribui às experiências de saúde-doença.

Ao longo do estágio, foram dialogado com os profissionais de saúde as atitudes que os enfermeiros devem adotar relativamente aos cuidados centrados na família, destacando a sua importância para o sucesso das intervenções. Também se abordaram as dificuldades que podem surgir na prática, muitas vezes relacionadas com crenças sobre o envolvimento das famílias.

Dado esta procura de relação foi assim idealizado o presente projeto de investigação, com o objetivo de compreender de que forma as crenças e as atitudes se interligam e afetam a importância que os enfermeiros dão às famílias, e se existem outros fatores que também possam influenciar, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no contexto de CSP, e para a obtenção de ganhos em saúde dos utentes, famílias, e comunidades onde estas se integram.

De forma a corresponder aos critérios estipulados pela OE, o planeamento de estágio elaborado pela ESSLei (2025) dita que os objetivos gerais deste relatório são desenvolver as competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e as competências específicas de enfermagem especializada do EEECESF.

Como objetivos específicos, no final deste relatório, deverão ser demonstradas capacidades de executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado baseado nos referenciais teóricos de eleição para a prática de enfermagem de saúde familiar, desenvolver padrões de Prática Baseada na Evidência (PBE), analisar a prática de cuidados em contexto prático tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva e refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.

Primeiramente, será descrito o contexto de prática clínica no qual decorreu o ensino clínico. Posteriormente ocorrerá um enquadramento teórico, seguido por uma reflexão acerca das competências gerais e específicas

do EEECESF. Por último, abordar-se-á o projeto de investigação desenvolvido ao longo deste estágio, que contribuiu para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência científica.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os CSP constituem a primeira linha de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde, visando capacitar pessoas, famílias e comunidades para otimizar a sua saúde de acordo com as suas necessidades e recursos. Essa capacitação resulta de um compromisso com a justiça e equidade social e do reconhecimento abrangido pelo Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem que alberga a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, incidindo no bem-estar físico, mental e social de toda a população (Melo, 2021; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024).

No plano curricular do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, no sentido de adquirir competências do EEECESF prevê-se a realização de três momentos de ensino clínico que, no presente caso, decorreram sempre na mesma Unidade de Saúde Familiar (USF), que por motivos de confidencialidade será omito o seu nome ao longo do presente relatório.

O primeiro estágio foi de 28 de abril de 2025 ate 6 de junho, cumprindo com as 108 horas de contexto clínico (18 horas semanais) , o segundo de 12 de junho até 9 de julho 94,5 horas em contexto presencial (19 horas semanais) sendo as restantes 94,5 horas utilizadas para a realização dos trabalho e o terceiro 21 de outubro de 2026 a 29 de janeiro de 2026, cumprindo com as 297,5 horas de contexto clínico (16 horas por semana) e 200 horas para a de relatório, em orientação tutorial, num total de 810 horas.

Este capítulo irá abordar de forma sucinta a evolução dos CSP, e posteriormente será realizada a caracterização da USF onde decorreu o estágio.

1.1.CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Desde os anos 70, o conceito de Centro de Saúde (CS) tem evoluído em consonância com as políticas da OMS e as reestruturações do Estado Português, visando a promoção da saúde da população (Melo, 2021).

Em 1971 surgiu a primeira geração de CS, dirigida sobretudo a trabalhadores abrangidos pela Segurança Social e da Caixa de Providência. A segunda geração, criada em 1979 que ficou conhecida pela criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e o início da prestação de cuidados de saúde de forma geral e gratuita. Por último, a terceira geração, em 1999 estabeleceu os CSP como multidisciplinares e centrados na pessoa, e reforçou a importância e autonomia das USF (Melo, 2021).

Em 2005 surgiu a Missão para os CSP, que modernizou a estrutura do CS e criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), as Unidade de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Melo, 2021).

Inicialmente, as USF possuíam projetos de desenvolvimento organizacional, e eram divididas em três modelos: A, B e C, que diferiam conforme os seus níveis de autonomia, partilha de risco e recompensa retributiva (Melo, 2021). Com a criação do Decreto-Lei n.º 103/2023 de 7 de novembro, onde as USF modelo A transitaram para modelo B em 2024, sem qualquer tipo de prejuízo, desde que cumprissem com os critérios mínimos necessários (integrar, no mínimo, um médico com grau de especialista em medicina geral e familiar, e um enfermeiro enfermagem de saúde família) (Diário da República [DR], 2023a).

Atualmente, com a implementação do Decreto-Lei n.º 102/2023 a 7 novembro, em Portugal Continental, criaram-se as Unidades Locais de Saúde (ULS), que fundiram os ACeS com os hospitais, e originam um novo tipo de cuidados de saúde que promovem a eficácia da resposta do SNS à população (DR, 2023b).

1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF

A USF na qual decorreu o estágio foi construída em 2018 e transitou para modelo B a 1 de janeiro de 2024, o que levou a um nível de contratualização mais exigente e à criação de um regime retributivo especial, que integrou renumeração base, suplementos e compensações pelo desempenho da equipa (DR, 2023a; Melo, 2021; USF, 2025).

A ULS onde a USF se encontra integrada constitui-se como um modelo de excelência na promoção da saúde e prevenção da doença, numa prestação integrada de cuidados de saúde competente e sustentável, promovendo a dignidade, equidade e acessibilidade a todos os seus utentes, valores e princípios respeitados pelas USF que engloba (ULS, 2024).

De forma prestar cuidados de excelência à população, a USF é constituída por uma equipa multidisciplinar que possui uma perspetiva inovadora onde se prioriza a humanização dos cuidados e a capacitação das famílias (USF, 2025).

1.2.1. Missão, Visão e Valores

Segundo o regulamento interno da ULS, as USF que a integram possuem como missão geral: “a prestação de cuidados de saúde personalizados, à população inscrita da área geográfica abrangente, garantindo uma boa acessibilidade, qualidade e continuidade de cuidados, atendendo sempre aos diversos contextos sociofamiliares em que o/a utente/família se encontram inseridos” (ULS, 2024, p.40).

Esta missão encontra-se em congruência com a missão definida pela presente USF, que delimita como missão:

Prestar cuidados de saúde de qualidade, com rigor científico e humanismo, garantindo o respeito e o primado da pessoa; desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, contribuindo para a vigilância e promoção da saúde das famílias; interagir com o utente e família de forma aberta, honesta e disponível; incentivar a formação contínua, melhorando a saúde de todos (USF, 2025, p.5).

Os cuidados prestados visam a proteção dos grupos mais vulneráveis, a promoção da resiliência e consideram o indivíduo numa perspetiva sistémica, com a sua complexidade única e integrados na dinâmica familiar (USF, 2025).

Os valores que a unidade tem presente são: Acessibilidade, competência, cooperação, dedicação, eficiência, equidade, honestidade, humanismo, qualidade, respeito e responsabilidade (USF, 2025).

1.2.2. Modelo de Funcionamento na USF

A USF divide-se em dois edifícios, a sede e um polo localizado na periferia do conselho. A sede é composta pela área de atendimento, com duas salas de espera subjacentes, seis gabinetes médicos, seis de enfermagem e uma sala de tratamentos.

Este edifício inclui também espaços de arrumação embutidos nas áreas de circulação, um arquivo clínico, uma sala com material farmacêutico e de aprovisionamento, frigoríficos para a preservação de vacinas em locais de fácil acesso, um berçário e três casas de banho, sendo uma delas adaptada para utentes com mobilidade reduzida. Ao longo da unidade, não existem barreiras arquitetónicas, estando assegurada a deslocação de pessoas com mobilidade reduzida.

Este local apresenta as condições necessárias em termos de recursos materiais para realizar a avaliação e intervenção dos utentes nos diversos programas de saúde, incluindo tratamento de feridas. Apesar dos gabinetes serem de pequenas dimensões, estes possuem o equipamento necessário para a realização de consultas nas condições de segurança e assepsia devidas.

A sala de tratamento encontra-se dividida em dois espaços por um biombo móvel e por um armário que contém o material para a realização de pensos. Ao longo da sala existem armários de parede com material de remoção de suturas, glucómetros, apósitos e em ambas as divisões existem lavatórios, cadeiras, e uma mesa móvel com pomadas, apósitos e contentor corto-perfurante. A mala para a realização da visita domiciliária (VD) encontra-se na bancada de uma das divisões, e na outra divisão uma secretaria com cadeira e um computador.

Em caso de intercorrências, a maca móvel e carro de emergência encontram-se num local de fácil acesso, entre a sala de tratamentos e da sala de espera.

De forma a garantir a boa prática da higienização das mãos, existem doseadores de solução antisséptica de base alcoólica dispersos ao longo da USF, nos gabinetes e na sala de tratamentos.

A sede encontrasse aberta de segunda a sexta-feira das 08:00 às 20:00, sábados das 09:00 às 13:00. Já o polo, encontra-se encerrado terças, sábados, domingos, e feriados, e está aberta à segunda-feira das 09:00 às 13:00 e de quarta a sexta-feira das 08:30 às 13:00 (USF, 2025).

Existem três meios de comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde: via telefónica, e-mail ou de forma presencial, sendo o secretariado clínico o intermediário da informação. Todos os utentes têm direito a poder marcar consultas, receber atendimento de situações de doença aguda, obter informações via telefónica ou receber aconselhamento médico e de enfermagem durante o horário de funcionamento (USF, 2025).

1.2.3. Recursos Humanos

Atualmente a equipa é formada por 19 profissionais, entre eles 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos. Para um funcionamento mais eficiente da unidade, optou-se pela criação de micro-equipas compostas por um elemento de cada grupo profissional (médico, enfermeiro e secretário clínico) de forma a garantir a contribuição equitativa e dinâmica de todos os profissionais (USF, 2025).

Existe também um conselho geral e um conselho técnico, que garantem a tomada de decisões autónomas da US e a sua articulação com a ULS, e um coordenador que implementa atividades com o objetivo de cumprir com o plano de ação e princípios estipulados anualmente pela USF.

1.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

De acordo com a OE, uma consulta define-se pelo ato, presencial ou não, em que um ou mais profissionais de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e planeia os cuidados a prestar, sendo necessário depois registar a identificação do utente, data, hora, profissionais envolvidos, diagnóstico e intervenções realizadas (OE, 2021).

As consultas são cruciais no

Âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida (OE, 2021, p. 5).

Segundo o Regulamento Interno da USF (2025), as consultas de enfermagem realizadas são baseadas no Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e têm como objetivo:

- Identificar as necessidades de saúde individuais e familiares;
- Desenvolver atividades nas áreas da prevenção e promoção da saúde, fazendo uso da educação para a saúde dirigida para o indivíduo, família e comunidade;
- Realizar consultas de vigilância, em conjunto com a equipa médica, informando e orientando de acordo com as necessidades individuais e familiares;
- Realizar consultas de enfermagem, de forma sistemática, racional e ordenada, respondendo às necessidades dos utentes, usando adequadamente os recursos à disposição;
- Proceder à avaliação e tratamento dos utentes com necessidade de cuidados de enfermagem; fazer VD de âmbito curativo, preventivo e promoção da saúde, em especial a famílias de risco, indivíduos dependentes acamados ou temporariamente incapacitados por doença;
- Proceder à vigilância e cumprimento do plano nacional de vacinação;
- Proceder aos registos dos atos efetuados nas respetivas aplicações informáticas;
- Colaborar na elaboração de informações para os utentes e protocolos de atuação;
- Participar em reuniões gerais, de equipa e de enfermagem;
- Participar em ações de formação como formando ou como formador;
- Articular-se com os restantes elementos da equipa para dar cumprimento aos objetivos estabelecidos;
- Articular-se com os serviços da ULS, bem como outras Instituições de Saúde e Apoio Social.

1.3.1. Programa da Carteira de Serviços

O Despacho nº12456-B/ 2023 de 5 dezembro define que a carta básica obrigatória de serviços clínicos numa USF modelo B deverá incluir momentos de:

1. Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:
 - 1.1. Geral;
 - 1.2. Saúde da mulher;
 - 1.2.1. Planeamento Familiar
 - 1.2.2. Vigilância da gravidez
 - 1.3. Revisão do puerpério;
 - 1.4. Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente;
 - 1.5. Saúde do adulto e do idoso;
2. Cuidados em situação de doença aguda;
3. Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla;
4. Cuidados no domicílio;

5. Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de “gestor de saúde” do cidadão.

Esta carteira está sujeita a aplicação de indicadores de saúde e respetivos objetivos, ações, metas e resultados, com o intuito de uma avaliação contínua do desempenho da USF e monitorização do nível de saúde de determinada população (Dias et al., 2007; USF, 2025). Os indicadores contratualizados encontram-se associados ao que a unidade se propõe a atingir as seguintes dimensões: Acesso; gestão da saúde; gestão da doença; qualificação da prescrição; satisfação de utentes; serviços de carácter assistencial e não assistencial; melhoria contínua da qualidade; segurança e formação (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2025).

Para a sua criação e cumprimento da carteira básica de serviços, a USF possui à disposição as consultas programadas de medicina e de enfermagem, presentes na tabela 1.

Tabela 1- Carteira básica dos Serviços da USF

Carteira Básica de Serviços	População- Alvo	Profissionais
Consulta de Saúde Infantil e Juvenil	Utentes < 18 A	Médico e Enfermeiro
Consulta de Saúde do Adulto e do Idoso*	Utentes ≥ 18 A	Médico
Visitação Domiciliária	Utentes impossibilitados de deslocação à USF	Médico e Enfermeiro
Consulta Aberta**	Utentes em situação de doença aguda, do próprio ficheiro médico	Médico e Enfermeiro
Consulta de Planeamento Familiar***	Mulheres em idade fértil, até aos 54 anos e homens sem limite de idade	Médico e Enfermeiro
Consulta de Saúde Materna	Mulheres grávidas	Médico e Enfermeiro
Rastreio Oncológico	Utentes elegíveis para rastreio cancro da mama, do colo do útero e colorretal	Médico e Enfermeiro
Consulta de Diabetes	Utentes com diabetes	Médico e Enfermeiro
Vacinação	Todos os utentes	Médico e Enfermeiro
Consulta de Hipocoagulação	Utentes hipocoagulados com antivitamínicos K	Enfermeiro
Tratamentos	Todos os utentes da USF	Enfermeiro
Consulta de Intersubstituição	Utentes em situação de doença aguda, do ficheiro de outro médico	Médico e Enfermeiro
Consulta não presencial	Todos os utentes da USF	Médico

*A consulta de Saúde do Adulto e do Idoso inclui a avaliação do utente com Hipertensão Arterial com avaliação prévia de enfermagem sempre que indicado.

**Nesta consulta, não se pedem ou veem exames auxiliares de diagnóstico de rotina, não se emitem atestados médicos de saúde e relatórios clínicos, nem se renova medicação crónica

*** A consulta de Planeamento Familiar inclui a avaliação da utente no Climatério

Nota - Nesta tabela encontra-se a carteira básica dos serviços prestados pela USF onde decorreu o estágio, que se encontram descritas no seu regulamento interno. Em Regulamento Interno (2025), USF.

Para além do cumprimento da carteira básica de serviços a USF realiza consultas ao sábado das 9 até às 13 horas (USF, 2025).

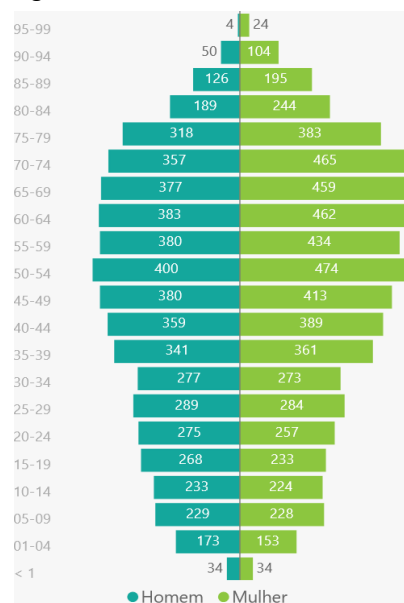
1.4.BREVE CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF

À data da realização do presente relatório, segundo o BI-CSP, a presente USF assegura a prestação de cuidados de saúde a 11537 utentes, enquadrando-se no que está previsto no Decreto-lei nº103/2023. A figura 1 mostra a distribuição das inscrições na USF, onde se denota uma população envelhecida, pois a base encontra-se estreita e o centro e topo alargado (BI-CSP, 2025; Instituto Nacional de Estatísticas [INE], 2025).

Esse facto é alicerçado pelo elevado índice de dependência total existente nesta população, pois a relação entre a população em idade não ativa (jovem e idosos) e a população em idade ativa encontra-se 66,43%. Desta, 47,56% correspondem a idosos e 18,87% a jovens, o que destaca o elevado número de idosos dependentes na unidade (BI-CSP, 2025; INE, 2024).

Em relação às faixas etárias, 1809 dos inscritos encontram-se entre 0 e os 19 anos (15,68 %), 6331 entre os 20 e os 64 anos (54,87%) e 3397 utentes possuem mais de 65 anos (29,44%). A faixa etária mais predominante de utentes inscritos é a de 50-54 anos, com 874 inscritos, seguida pela faixa etária dos 60-64 anos, com 845 utentes inscritos (BI-CSP, 2025).

Figura 1- Número de inscritos na USF



Nota: Pirâmide etária do número de utentes inscritos da USF onde decorreu o estágio. Em BI-CSP (2025).

2. FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA SISTÉMICA- REVISÃO DE LITERATURA

Na Declaração de Munique, em 2000, surgem os primeiros alertas para a importância do enfermeiro de saúde familiar, destacando a necessidade de respostas centradas na família e impulsionando o desenvolvimento da enfermagem comunitária, a reorganização dos CSP e a criação desta figura em Portugal (OE, 2002; OMS, 2000).

O enquadramento jurídico da sua atividade encontra-se definido no Decreto-Lei n.º 118/2014, que enfatiza a intervenção na família como unidade de cuidados, ao longo do ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção, em articulação com outros profissionais de saúde.

Apesar de não existir um conceito universal de família, tal não desacredita a sua importância nos cuidados. Atualmente, a família é entendida como um sistema complexo e aberto, com valores, crenças e práticas próprias, cujos elementos se inter-relacionam entre si e com o meio que a envolve, procurando equilíbrio face às mudanças (Alarcão, 2002; Oliveira et al., 2011).

Segundo Nobokuni et al. (2021), as famílias influenciam a forma como o indivíduo visualiza a sua saúde pois é nela que “aprendemos a cuidar da saúde e da doença e enfrentar os desafios da vida” (p.2). Assim, a abordagem à família deve ser sistémica, considerando-a como um sistema dinâmico de elementos interdependentes, em que alterações num elemento afetam o todo (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2021).

Ao recorrer a tal abordagem é possível que o enfermeiro interprete padrões de comunicação, papéis e processos adaptativos da família que possibilitem uma intervenção mais abrangente e contextualizada, promovendo o envolvimento familiar (Cranley et al., 2022; Figueiredo, 2012).

2.1.REFERENCIAIS TEÓRICOS DA ENFERMAGEM FAMILIAR

O enfermeiro, ao se fundamentar em referenciais teóricos que forneçam um enquadramento conceptual para orientar a prática, permite o desenvolvimento de um exercício profissional rigoroso, alicerçado em pressupostos científicos e filosóficos, e o desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e profissão (OE, 2023; Ribeiro et al., 2018).

Face à diversidade e constante mudança das necessidades das pessoas, o enfermeiro deve aplicar pensamento crítico na seleção dos referenciais mais adequados. No caso do EEECESF os modelos e teorias que usa têm de ter como finalidade a abordagem à família de forma sistémica, com vista à promoção do seu bem-estar, coesão familiar e adaptação ao ciclo vital (Figueiredo, 2012; OE, 2023; Ribeiro et al., 2018).

Considerando as estruturas conceptuais ou teóricas e as abordagens que forneceram os fundamentos para a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) se agruparem em três tópicos conforme a sua disciplina, foi pertinente categorizar os referenciais recorridos ao longo do estágio da mesma forma, com vista a facilitar a sua leitura.

2.1.1. Teorias da ciência sociais da família

As teorias das ciências sociais da família foram desenvolvidas com base em disciplinas das ciências sociais, principalmente da sociologia. O seu contributo possibilita a descrição do funcionamento e dinâmica familiar, partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática de enfermagem de família (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005). De seguida enumeram-se algumas destas teorias e os seus principais contributos.

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS), desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy entre 1959 e 1968, aplica-se a diversas áreas, incluindo o desenvolvimento individual e família. Segundo esta teoria, um sistema é composto por um conjunto de elementos interativos, em que cada elemento é distinto do ambiente em que existe. Tais

sistemas podem ser abertos ou fechados, conforme permitam ou não a troca de energia e matéria com o ambiente, e dependem de mecanismos de feedback positivo e negativo para manter a sua homeostase (Alarcão, 2002; Machado et al., 2023).

Os sistemas abertos são caracterizados por três aspetos fundamentais: totalidade (o todo é maior que a soma das partes); retroação (influência mútua entre os membros do sistema); e equifinalidade (resultados semelhantes podem ser atingidos a partir de estados ou processos diferentes), evidenciando a complexidade e flexibilidade destes sistemas (Figueiredo, 2023; Machado et al., 2023).

Considerando a família como sistema aberto, importa atender à sua estrutura, regulada por regras que orientam a circulação de informação entre subsistemas, e por limites que definem funções e espaços. Estes podem ser claros, difusos (excessiva permeabilidade) ou rígidos (inflexibilidade na comunicação) (Alarcão, 2002).

Esta perspetiva não linear de causalidade evidencia a necessidade de compreender a família de forma sistémica, considerando a interação entre os vários subsistemas (conjugal, parental, filial e fraternal) e a sua relação com o meio envolvente (família extensa, trabalho, amigos, religião, entre outros), fatores que influenciam as respostas às adversidades e o percurso ao longo do ciclo vital (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2023).

Neste contexto, surgem também as características de globalidade e reciprocidade, que explicam como os problemas de saúde influenciam as perceções e os comportamentos da família e como estes influenciam a saúde dos seus elementos. Assim, a interdependência entre a saúde da família, enquanto unidade funcional, e a saúde dos seus elementos reforça a necessidade de cuidados de saúde centrados na família, enquanto unidade de intervenção (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012; Oliveira et al., 2011).

O modelo das crenças de saúde (MCS), desenvolvido por Rosenstock, Godfrey, Kegels e Leventhal na década de 1950, e reformulado por Becker, Drachman e Kirscht em 1974, defende que as crenças de saúde das pessoas são influenciadas por variáveis demográficas, psicossociais e estruturais, e que estas podem ser modificáveis por meio de estratégias de comunicação e educação (Feio & Oliveira, 2010).

O MCS sustenta-se na premissa que para se mudar as crenças individuais é necessário mostrar a importância da adoção de comportamentos promotores de saúde, tendo em conta os seguintes fatores: Perceção de suscetibilidade; perceção de gravidade; perceção de benefícios; perceção de barreiras; autoeficácia e as pistas para a ação (Alyafei & Easton-Carr, 2024; Feio & Oliveira, 2010).

Ao abordar os contextos únicos de cada pessoa, é possível descobrir as suas crenças e garantir que as intervenções do enfermeiro promovam resultados positivos de saúde, sendo importante que o enfermeiro reconheça as crenças dos seus pacientes e não as misture com as suas (Estebansari et al., 2025).

A teoria do comportamento planeado (TCP) criado por Ajzen em 1985, surge com o objetivo de enquadrar o contexto social e a intenção do indivíduo na aquisição de comportamentos de saúde. Esta teoria relata que os comportamentos de saúde são influenciados por três fatores: a componente atitudinal (crenças e atitudes do sujeito em relação ao resultado obtido do seu comportamento); a norma subjetiva (crenças normativas que o contexto social considera importante) e o controlo comportamental (barreiras, benefícios e frequência da execução do comportamento). Quanto mais positivos forem estes fatores em relação a um determinado comportamento, mais significativa será a intenção da mudança comportamental (Lin et al., 2023; Ritchie et al., 2021).

A literatura demonstra que a utilização conjunta do MCS e do TCP permite mitigar as limitações inerentes a ambas as teorias, possibilitando o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na família mais

eficazes e uma melhor para previsão da adesão aos comportamentos de saúde (Jiang et al., 2022; Ritchie et al., 2021).

2.1.2. Teorias da terapia familiar

As teorias da terapia familiar estão orientadas para a prática clínica, com enfoque na patologia familiar, e constituem uma das principais contribuições para o desenvolvimento da prática clínica da ESF (Hanson, 2005). No contexto do presente estágio, seguem-se as teorias que foram mais pertinentes para o desenvolvimento de uma prática clínica de excelência.

A teoria da cibernética desenvolvida por Norbert Wiener na década de 1950 explica como se regulam os sistemas quando recebem informações provenientes de meios externos. Ao se aplicar esta teoria na área da ESF, compreende-se que as famílias possuem autonomia para aceitar ou não propostas de transformação, pois possuem capacidade intrínseca de autorregulação, com processos de retroação que envolvem o fluxo de informações entre o sistema e o seu ambiente, bem como entre os seus componentes internos. Ao reconhecer a importância deste mecanismo, o enfermeiro deve ser capaz de intervir e negociar com base nos limites reguladores do sistema, favorecendo o desenvolvimento de novos comportamentos promotores de saúde (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2020; Machado et al., 2023).

A teoria da comunicação, desenvolvida por Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Don Jackson e Janet Beavin, na década de 1950, tem origem na cibernética e na TGS e estabelece que a comunicação é um processo estruturante da dinâmica familiar, sendo o principal meio de troca de informação, expressão de emoções e construção de significados. Os seus postulados incluem: é impossível não comunicar; toda comunicação possui conteúdo e relacionamento; a natureza da relação depende da pontuação das sequências comunicacionais; a comunicação pode ser verbal (digital) ou não verbal (analógica); e as interações podem ser simétricas ou complementares (Alarcão, 2002; Machado et al., 2023).

Esta teoria ressalva que o conteúdo da comunicação é influenciada pela relação entre os elementos que compõem a família e que os processos comunicacionais seguem padrões específicos do sistema familiar. Dessa forma é fundamental para orientar o enfermeiro na interpretação contextualizada das mensagens verbais e não verbais, promovendo o diálogo, partilha de experiências e evitando julgamentos lineares (Alarcão, 2002).

A teoria da terapia familiar estrutural, originalmente desenvolvida por Minuchin em 1974 e posteriormente expandida por Fishman na década de 1980 e por Aponte e McGoldrick na década de 1990, centra-se na estrutura familiar, analisando os subsistemas, as fronteiras, os padrões de interação e as regras implícitas que regulam o funcionamento da família. Trata-se de uma abordagem orientada para a resolução de problemas, que procura reestruturar as relações familiares, ajustando papéis, limites e padrões de comunicação de forma a promover interações mais saudáveis (Hanson, 2005; Lee, 2024).

No contexto da ESF esta teoria permite avaliar todo o sistema familiar e encorajar a família a reestruturar-se e reforçar os seus sucessos, com base no seu contexto sociocultural, a fim de promover uma comunicação e interação mais saudáveis (Hanson, 2005; Lee, 2024).

2.1.3. Teorias de enfermagem

As teorias de enfermagem incorporam conjuntos organizados de construtos que visam responder a questões da disciplina de forma coerente e sistémica, permitindo descrever, explicar e prever fenómenos, bem como orientar a prestação de cuidados (Meleis, 2010).

No contexto da ESF, segundo Figueiredo (2012), os principais modelos e teorias de enfermagem que cronologicamente contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar incluem as teorias de: Martha Rogers, que considera o ser humano como um todo e não apenas a sua doença; Callista Roy, que introduz a família como um sistema adaptativo e o enfermeiro como agente de adaptação; Moyra Allen, que promovem o envolvimento do utente nos cuidados; Imogene King, que realça a importância da participação do cliente na tomada de decisões que influenciam os cuidados e os respetivos resultados; Betty Neuman, que enfatiza o organismo como um sistema aberto em relação com ele e com o meio; e Dorothea Orem, que foca a família como contexto dos cuidados. Ao longo do estágio foram também utilizadas outras teorias de enfermagem, que serão descritas a seguir.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis na década de 1960, visa descrever, compreender e explicar fenómenos centrais da prática de enfermagem, centrando-se nos processos transacionais ao longo da vida e no seu impacto na saúde e bem-estar (Malta et al., 2023; Meleis, 2010; Souza et al., 2021).

Define a transição como um processo complexo e multidimensional, decorrente de eventos previsíveis ou inesperados, cujo sucesso depende da consciencialização, envolvimento, magnitude da mudança, duração e existência de pontos críticos (Meleis, 2010). Classifica-se em quatro categorias: desenvolvimento, situacional, saúde-doença e organizacional, podendo ocorrer de forma simultânea ou isolada, a nível individual, diádico ou familiar (Malta et al., 2023; Meleis, 2010; Souza et al., 2021).

Conforme os resultados que surgem das transições estas podem ser consideradas como saudáveis, caso ocorra o domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novos papéis, ou ineficazes, quando os comportamentos desenvolvidos tornam a pessoa mais vulnerável às adversidades (Malta et al., 2023; Meleis, 2010).

Durante este processo, marcado por instabilidade e rutura, emergem padrões que o enfermeiro deve identificar. Dado que muitas transições decorrem de eventos familiares, a teoria revela-se particularmente relevante na ESF, permitindo orientar e adequar devidamente intervenções promotoras de adaptações bem-sucedidas, conforme os contextos do utente (Malta et al., 2023; Meleis, 2010).

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) desenvolvido por Wright e Leahey em 1984 considera a família como uma unidade de cuidados onde cada membro é encarado como um subsistema e as suas interações irão afetar a forma como adotam comportamentos. Este modelo divide-se em duas componentes funcionais, o Modelo Calgary de Avaliação Familiar e o Modelo Calgary de Intervenção Familiar, que exploram cada dimensão do MCAIF (estrutural, desenvolvimento e funcionamento) conforme os indicadores identificados pelo enfermeiro como pertinentes para a realização de diagnósticos, intervenções e avaliação dos resultados dos cuidados prestados às famílias (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2021).

Este modelo multidimensional é reconhecido pela sua facilidade para a realização de uma abordagem sistémica sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, algo que é essencial na ESF, dado a proximidade do enfermeiro com as famílias (Figueiredo, 2012; OE, 2023).

O Modelo de Promoção de Saúde (MPS), surge na década de 1980 por Nola Pender com o propósito de identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, atuando como um guia para a exploração do processo biopsicossocial que incentiva as pessoas a adotarem comportamentos promotores de saúde (Fontes et al., 2025; Santi & Baldissera, 2023; Santi et al., 2023).

Este modelo defende que a promoção da saúde resulta do desenvolvimento de estilos de vida e comportamentos que permitem às pessoas maximizar o seu potencial por intermédio de mudanças individuais, organizacionais e comunitárias. Reconhece também a capacidade de autoconhecimento,

autorregulação e tomada de decisão individual, valorizando a motivação para proteger a saúde e prevenir a doença e rejeitando estratégias baseadas no medo, privilegiando influências interpessoais e situacionais positivas (Aguiar et al., 2021; Santi & Baldissera, 2023).

Os conceitos fundamentais do MPS incluem: o ser humano, entendido como um ser biopsicossocial influenciado pelo ambiente; o ambiente, que corresponde ao contexto social, cultural e físico que pode favorecer comportamentos saudáveis; a enfermagem, que colabora com indivíduos, famílias e comunidades na criação de ambientes promotores de saúde; a saúde, associada a comportamentos de autocuidado e relações saudáveis; e a doença, que pode influenciar a adoção de comportamentos promotores de saúde (Bittencourt et al., 2018; Fontes et al., 2025).

O MPS organiza-se em três etapas: características e experiências individual, que inclui o comportamento anterior (experiências e hábitos prévios) e os fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais; cognições e afetos específicos (percepções, barreiras, influências, autoeficácia e emoções); e resultado comportamental, que engloba o compromisso com o plano de ação e a manutenção do comportamento promotor de saúde (Aguiar et al., 2021; Fontes et al., 2025; Santi et al., 2023).

Este modelo torna-se um pilar de referência para a enfermagem dado a sua simplicidade, facilidade de integração nos cuidados e utilidade na identificação de comportamentos promotores de saúde. No contexto de ESF, ao reconhecer que a família influencia o desenvolvimento e os comportamentos do indivíduo, cabe ao enfermeiro identificar respostas humanas nos processos familiares e planejar intervenções que fortaleçam os vínculos e promovam estilos de vida saudáveis (Aguiar et al., 2021; Fontes et al., 2025; Santi & Baldissera, 2023).

Por último, o Modelo do Cuidar Baseado nas Forças (MCBF) de Laurie Gottlieb teve origem na década de 1980, desafiando a visão tradicional biomédica utilizada na altura, a partir de uma prática pautada na valorização do potencial humano, na singularidade de cada sujeito e na construção de um cuidado mais ético, integral e transformador (Gottlieb, 2016).

Este modelo assenta numa visão positiva do ser humano, reconhecendo que cada pessoa possui forças e recursos internos que podem ser mobilizados para enfrentar desafios e promover a saúde com base em quatro pilares centrais: Todas as pessoas possuem forças; o cuidado deve ser centrado na pessoa e respetivas experiências de vida; cada indivíduo é especialista de si mesmo; e o processo de cuidar deve promover esperança, autonomia e bem-estar nas suas múltiplas dimensões (Gottlieb, 2016).

Ao valorizar a pessoa como sujeito ativo no processo de cuidado, ela é considerada especialista de si mesma, capaz de tomar decisões, de se adaptar a situações adversas e mobilizar recursos para promover a sua esperança, autonomia e bem-estar. Assim, o cuidado centra-se na identificação e mobilização das forças pessoais, relacionais e contextuais, através de uma relação terapêutica colaborativa baseada na escuta, respeito e promoção do coping e do desenvolvimento, livre de juízos de valor por parte do profissional de saúde (Gottlieb, 2016).

Como tal, o MCBF representa não só uma metodologia assistencial, como uma mudança de perspetiva sobre o ato de cuidar, exigindo dos profissionais uma postura ética, reflexiva e relacional. O enfermeiro, ao reconhecer a pessoa na sua totalidade e que o binómio saúde-doença são vividos com base nas relações existentes dentro das famílias irá obter um cuidado mais humanizado, integral e holístico (Gottlieb, 2016; OE, 2023).

De forma a sintetizar a informação e a importância de cada teoria referida para o presente, na tabela 2 encontra-se um resumo das teorias supramencionadas e a sua importância para o ESF, de acordo com as suas por categorias.

Tabela 2- Resumo dos referenciais teóricos utilizados

Referenciais Teóricos Da Enfermagem Familiar	
Teorias das Ciências Sociais da Família	
Teoria	Contributos
Teoria Geral dos Sistemas	Considera a família como um sistema aberto composto por subsistemas interdependentes, onde as interações entre os membros e com o ambiente influenciam o equilíbrio familiar. Permite ao enfermeiro compreender a família de forma sistémica e planear intervenções centradas na dinâmica familiar (Alarcão, 2002; Machado et al., 2023).
Modelo das Crenças de Saúde	Defende que os comportamentos de saúde são influenciados por perceções individuais de suscetibilidade, gravidade, benefícios e barreiras, bem como pela autoeficácia e as pistas para a ação. Ajuda o enfermeiro a compreender as crenças individuais da pessoa e a promover mudanças comportamentais através da educação para a saúde (Feio & Oliveira, 2010; Ritchie et al., 2021).
Teoria do Comportamento Planeado	Explica que os comportamentos são influenciados por componentes atitudinais, normas sociais e perceção de controlo sobre a ação do comportamento. Permite ao enfermeiro identificar fatores que condicionam a adoção de comportamentos de saúde e desenvolver intervenções mais eficazes junto das famílias (Jiang et al., 2022; Ritchie et al., 2021).
Teorias da Terapia Familiar	
Teoria	Contributos
Teoria da Cibernética	Explica os mecanismos de autorregulação dos sistemas através do mecanismo de feedback. Aplicada à família, demonstra a sua capacidade de adaptação e regulação perante mudanças, orientando o enfermeiro para a negociação de intervenções e promoção de novos comportamentos de saúde (Alarcão, 2002; Machado et al., 2023).
Teoria da Comunicação	Considera a comunicação como elemento estruturante das relações familiares, segundo quatro pressupostos. Possibilita a compreensão de padrões comunicacionais da família e a promoção do diálogo e enfermeiro e família (Alarcão, 2002; Machado et al., 2023).
Teoria da terapia familiar estrutural	Associa os problemas individuais com a estrutura e organização da família, incluindo limites, subsistemas e hierarquia familiar. O enfermeiro deverá realizar intervenções com vista à reestruturação de padrões de interação e fortalecimento do funcionamento familiar, promovendo melhores resultados de saúde e adaptação às situações de doença ou stress familiar (Hanson, 2005; Lee, 2024).
Teorias / Modelos de Enfermagem	
Teoria	Contributos
Teoria das Transições	Foca-se nos processos de transição vivenciados ao longo da vida (desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais). Possibilita ao enfermeiro identificar momentos críticos do ciclo de vida e apoiar a adaptação a transições, recorrendo à família (Malta et al., 2023; Meleis, 2010).

Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar	Modelo que avalia a família nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. Orienta para a avaliação, diagnóstico e intervenção do enfermeiro, permitindo uma abordagem sistémica centrada na família como unidade de cuidados (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2021).
Modelo de Promoção da Saúde	Identifica fatores que influenciam comportamentos promotores de saúde, considerando as experiências individuais, percepções e influências sociais. Possibilita o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que incentivem estilos de vida saudáveis na família (Aguar et al., 2021; Santi & Baldissera, 2023).
Modelo do Cuidar Baseado nas Forças	Centra-se na valorização das forças e recursos das pessoas e famílias, promovendo esperança, autonomia e participação no cuidado. Contribui para um cuidado colaborativo, humanizado e centrado na família (Gottlieb, 2016).

Nota - Tabela que resume os referenciais teóricos de enfermagem familiar utilizados ao longo do estágio e no projeto de investigação, divididos conforme as suas disciplinas: Teorias das ciências sociais das famílias; teorias da terapia Família; e Teorias de Enfermagem. Fonte: Elaboração pela autora (2026)

Com base nesta tabela, é possível refletir sobre o facto de estas teorias constituem um conjunto complementar de referenciais que sustentam a prática da enfermagem, particularmente no âmbito da ESF. Apesar de possuírem origens e enfoques distintos, todas convergem para a criação de uma visão holística, sistémica e centrada e na família, permitindo compreender os processos de saúde-doença, os comportamentos de saúde e as mudanças que ocorrem ao longo do seu ciclo vital (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2021).

Apesar de todos os referenciais teóricos terem sido usados ao longo deste estágio, servindo de base conceptual para a compreensão das dinâmicas familiares, dos processos de comunicação, das transições ao longo do ciclo vital e da promoção de comportamentos saudáveis, no âmbito do projeto de investigação, deu-se maior foco ao MCS, articulado com a TCP e o MCBF. Estes referenciais foram especialmente relevantes para compreender a importância das atitudes e crenças dos enfermeiros relativamente a sua abordagem às famílias, e no facto de o seu reconhecimento originar intervenções e abordagens mais eficazes e significativas por parte dos profissionais de saúde (Feio & Oliveira, 2010; Gottlieb, 2016; Jiang et al., 2022; Ritchie et al., 2021).

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

A complexidade familiar exige que o enfermeiro mobilize competências técnico-científicas diferenciadas, que sustentam intervenções contextualizadas e eficazes nas crises familiares. Neste sentido, a especialização em ESF consagra-se essencial para o desenvolvimento de uma prática qualificada, integrando não apenas as competências comuns do enfermeiro especialista, mas também as específicas da enfermagem da saúde familiar, de natureza científica, técnica e relacional (OE, 2018; OE, 2019).

Assim, pretende-se neste capítulo analisar e refletir criticamente sobre as competências comuns e específicas da EEECESF desenvolvidas ao longo deste percurso académico.

3.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do EE são transversais a todas as áreas de especialidade e representam a capacidade de prestação, gestão e supervisão dos cuidados, bem como o seu nível de formação, investigação e assessoria, assentando nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

3.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio pressupõe uma prestação de cuidados de forma segura, profissional e ética, que respeite o sigilo profissional e a dignidade da pessoa, bem como as tomadas de decisão que avaliem as melhores práticas, em parceria com o utente/família e sua reflexão (OE, 2019).

O REPE, crucial para a prática de enfermagem, é um instrumento jurídico que pretende salvaguardar os direitos e as normas deontológicas da prática de enfermagem, proporcionando aos utentes cuidados de qualidade, através da definição de responsabilidade, dos direitos e deveres dos profissionais (OE, 2015a). Para além deste documento, o Código Ético e Deontológico de Enfermagem descreve os deveres associados ao exercício de enfermagem, assim como um conjunto de direitos, associados à dignidade profissional e ao exercício com excelência (OE, 2003).

Durante o estágio, a privacidade do utente foi sempre salvaguardada no momento das consultas, em conformidade com o REPE, o Código Ético e Deontológico de Enfermagem e com o código ético da USF em questão (OE, 2015a; OE, 2015b; USF, 2025). No início do estágio foi-me solicitado que assinasse um termo de responsabilidade e uma declaração de compromisso de confidencialidade de toda a informação dos utentes que fosse obtendo ao longo do estágio. Cumpri com tal declaração, quer a nível da elaboração do Estudo de caso a uma família utilizando o MCAIF (Apêndice I), quer também nos variados exemplos que marcaram este estágio e que serão referidos ao longo do presente capítulo.

Com o propósito de garantir como os requisitos éticos e formais para a elaboração do projeto de investigação, não só foi enviado um pedido de autorização aos autores originais da escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE), assim como aos autores da respetiva tradução, como também o projeto foi submetido à Comissão de ética (CE) da ULS e ao enfermeiro diretor (Anexos I a IV).

Ademais, todos os apêndices que incluam atividades realizadas no local do estágio terão censurados os nomes da USF, e dos profissionais que a integram, de forma a garantir o anonimato.

3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

O presente domínio pressupõe que o Enfermeiro tenha um papel dinamizador de medidas institucionais e realize uma prática clínica de qualidade e segura, desenvolvendo projetos de melhoria contínua, com base na evidência científica mais atualizada (OE, 2019). Estes projetos correspondem a instrumentos implementados em contexto de prática clínica, quando se identifica um problema, procedendo-se à formulação de objetivos e ao planeamento de atividades com a perspetivação de mudanças na prática clínica. Após se obter os resultados, estes são avaliados com os instrumentos adequados e posteriormente criadas propostas com medidas para corrigir o problema identificado ou melhorar práticas (Departamento da Qualidade na Saúde & Direção Geral da Saúde [DGS], 2014).

De forma a promover a melhoria dos cuidados prestados no local de estágio, dado a necessidade de atualizar protocolos na unidade, fui participando em algumas temáticas, nomeadamente no procedimento da VD, com a criação do respetivo fluxograma (Apêndice II) e na elaboração de um manual para os cuidadores informais (Apêndice III).

Para dar a resposta às necessidades das famílias com base nas suas características únicas, foi necessário rever temas previamente abordados, no âmbito do mestrado e da licenciatura, uma vez que o meu local de trabalho não se insere no domínio dos CSP.

Esta diferença de contextos, apesar de desafiante, trouxe vantagens, quer para a minha aprendizagem quer para o contexto onde realizei o estágio, pois permitiu contribuir nos procedimentos de melhoria contínua da USF, nomeadamente na implementação de protocolos do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos que a ULS possui (DGS, 2020a), com a partilha de informações e material que são disponibilizados no hospital e que são pertinentes para a USF, como é o caso dos protocolos da atuação em caso da presença de *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase nos doentes da VD. Ademais, colaborei também na melhoria dos protocolos dos circuitos dos resíduos e na auditoria interna da monitorização do procedimento da higienização das mãos, tendo em conta os princípios de assepsia preconizados pelo mesmo programa (DGS, 2020a).

Para além desta auditoria interna, colaborei noutra que a USF realizou acerca da avaliação do risco de quedas no contexto domiciliário, onde foram levantados dados informaticamente e calculada a taxa de conformidade do cálculo de risco de quedas no aplicativo do SClínico, de forma a compreender se os utentes dependentes estão a ser avaliados de acordo com os objetivos extipulados pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, e se estão a ser realizadas as medidas preventivas adequadas (DGS, 2021).

3.1.3. Gestão de Cuidados

A gestão e garantia da qualidade dos cuidados realizados pelo enfermeiro deve ser articulada com a restante equipa multiprofissional, para a promoção de saúde, liderança e gestão de recursos da unidade (OE, 2019).

Atualmente o desempenho das USF é avaliado com base em indicadores de desempenho da equipa, onde melhores indicadores traduzem uma melhor gestão de cuidados (Dias et al., 2007; Ribeiro & Santos, 2009). Como forma de promover os indicadores de desempenho da equipa da USF, desenvolvi consultas no âmbito da saúde familiar, envolvendo as famílias da melhor forma possível, e realizei os registos pertinentes no SClínico para a sua avaliação e intervenção.

Além disso, com o propósito de proporcionar cuidados de excelência ao indivíduo e respetiva família, estabeleci uma colaboração contínua com a equipa multiprofissional da USF, bem como com elementos

pertencentes à ULS, nomeadamente com a equipa de nutrição da ULS e com a Equipa de Coordenação Local do Programa Nacional para a Diabetes da ULS.

De forma a enriquecer a unidade onde estagiei, construí recursos físicos e desenvolvi atividades pertinentes às necessidades da unidade, os quais serão abordados de forma mais detalhada noutro subcapítulo. De referir que todos estes recursos tiveram aprovação do conselho técnico da USF e da ULS, assim como foram devidamente adequados ao meio e às famílias existentes.

3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento desta competência, o EE deve ser capaz de desenvolver o seu autoconhecimento profissional de forma contínua e reconhecer que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Neste âmbito, o EE releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional, com base na melhor evidência científica disponível, refletindo criticamente sobre a prática e assumindo um papel ativo na disseminação do conhecimento em contexto profissional, nomeadamente através da partilha de saberes e da dinamização de ações formativas (OE, 2018; OE, 2019).

Ao longo do estágio foram realizados vários momentos de discussão e partilha de ideias com a enfermeira orientadora e restante equipa, de forma a criar um ambiente promotor de aprendizagem.

Fui também participando em eventos formativos para manter os meus conhecimentos da área atualizados e ir aprofundando algumas temáticas, nomeadamente: “XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável”; “VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”; “Ciclo webinars - Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar - 5ª Sessão”; “II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar”; “Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária”; e nos workshops “Atuação da família na prevenção da lesão por pressão” e “Famílias no final do ciclo vital” (Apêndices IV a X).

Para a melhoria dos cuidados realizados e promover o sucesso das famílias na transição das tarefas decorridas ao longo do seu ciclo vital, fui também integrando outras áreas de enfermagem nas consultas realizadas, como a de cuidados paliativos e a enfermagem do trabalho.

A área dos cuidados paliativos esteve presente situações onde elementos da família possuíam doenças do foro neoplásico e/ou se encontrassem em fim de vida. Exemplo disso foi o estudo de caso realizado à família, onde o utente faleceu e foi iniciado o processo de luto em toda a família ou quando foram disponibilizados recursos a uma família descobriu que um elemento tinha sido diagnosticado com uma doença neoplásica e se encontravam extremamente ansiosos sobre a situação.

Já área da enfermagem do trabalho revelou-se pertinente na identificação de determinantes de saúde relacionados com o contexto laboral de um utente, onde foi necessário mobilizar recursos da área da saúde ocupacional. Neste caso o utente necessitou de realizar o reforço da vacinação contra o tétano-difteria, devido à presença de animais vadios no seu local de trabalho. Esta situação evidenciou um potencial risco para a saúde comunitária e reforçou a importância da intervenção do enfermeiro na promoção da saúde, na prevenção da doença e na articulação com outros recursos da comunidade, visando a proteção da saúde da pessoa e do seu agregado familiar (DGS, 2020; OE, 2019).

Outras áreas foram também pertinentes, como a área da reabilitação e gerontologia, para realizar ensinamentos de exercícios a utentes com comorbidades associadas ao envelhecimento, a de saúde mental, para identificar sinais e sintomas do início de desenvolvimento de patologias, como foi o caso de uma utente que não se tinha

apercebido que estava a desenvolver ansiedade e distúrbios alimentares por causa da pressão dos estudos da universidade.

Os exemplos apresentados demonstram que o EE deve estar apto a procurar e conseguir identificar a informação mais relevante para poder capacitar as suas intervenções e dotar as famílias dos recursos necessários, independentemente da sua área de especialização.

3.2.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências específicas do EE proporcionam um progresso no saber e no apoderamento de técnicas necessárias para um exercício reflexivo aos desafios de saúde com que este se depara (OE, 2018).

O EEECESF ao intervir junto da família enquanto unidade de cuidados ao longo do seu ciclo vital, atua também junto de cada um dos seus membros nos diferentes níveis de prevenção. Neste contexto, promove a capacitação da família face às diversas transições e assume um papel de liderança e colaboração nos processos de intervenção em enfermagem de saúde familiar (OE, 2018).

3.2.1. 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 sistema familiar, ao ser um sistema complexo e auto-organizado, com características próprias, sofre ao longo do seu ciclo vital mudanças e crises, tanto a nível individual como familiar (Alarcão, 2002). Tais crises podem resultar de acontecimentos normativos ou acidentais e exigem adaptações na organização familiar, podendo constituir oportunidades de crescimento e reequilíbrio ou, caso não sejam ultrapassadas com sucesso, comprometer o funcionamento familiar (Meleis, 2010).

Assim, a intervenção do EEECESF assume especial relevo ao acompanhar a família ao longo do ciclo vital e focando a sua intervenção no sistema familiar, sem negligenciar as necessidades individuais de cada membro. Para tal, é essencial realizar uma recolha sistemática de dados sobre o estado de saúde da família e avaliar as suas respostas às diferentes situações de saúde e doença, sustentando a intervenção na PBE (Melo, 2021; OE, 2022).

A consulta de enfermagem surge assim como um aliado essencial para o EEECESF, pois proporciona o espaço necessário para a de recolha de dados, decisão clínica, identificação de diagnósticos, prescrição, implementação de intervenções e avaliação dos cuidados, visando ganhos em saúde (Melo, 2021). É também fundamental para a promoção da expressão e validação das emoções vivenciadas pela pessoa/família, sem juízos de valor e com possível referenciação a outros profissionais (Figueiredo, 2023; OE, 2018). Durante o estágio foi possível observar as diferentes etapas do ciclo vital da família e respetivas transições, crises e mudanças, colher a informação necessária para realizar diagnósticos e intervenções para os problemas enfrentados pelo utente e família sensíveis aos cuidados de enfermagem, assim como poder avaliar os resultados em consultas posteriores e atual o plano de cuidados, quando necessário.

Exemplos de tal inclui: A intervenção na educação para uma prática segura de insulinoaterapia numa família com diagnóstico recente de diabetes e quais os cuidados a ter; na mediação de um conflito entre mãe e avó sobre os cuidados a um recém-nascido com perda de peso atípica, causado por conflitos entre ambas sobre como sua a alimentação; e na ajuda a uma criança a ultrapassar o medo das vacinas, ao se disponibilizar uma seringa aos pais para que a criança fosse “treinando” neles o momento da inserção da agulha na pele, de forma que se fosse habituando ao procedimento e diminuir a sua ansiedade aquando desse mesmo momento.

Foi também presenciados outros momentos como: Discussões entre um casal sobre a alimentação adequada, dada a diabetes da esposa e a sua recusa em mudar hábitos; o companheirismo entre duas irmãs, de 7 e 5 anos, onde a mais velha não deixava a mais nova tomar a vacina sem a sua presença e apoio; a apatia e hesitação de uma adolescente quanto ao uso de anticoncecionais e ao cessar tabágico, pelo possível impacto na relação com o namorado e com o círculo de amigos; e a ansiedade não verbal de uma mãe cuja filha foi terminar o ensino básico no país de origem, vivendo com o ex-marido, deixando-a sozinha em Portugal, o que levou à não adesão à terapêutica devido à preocupação com a filha.

A realização do estudo de caso de uma família (Apêndice I), permitiu um momento de reflexão sobre a importância de o EEECESF ir além da avaliação básica da família e procurar intervenções que permitam à pessoa reconhecer ganhos em saúde no envelhecimento e promover o seu empoderamento nesta fase do ciclo de vida, com vista à criação de respostas adequadas às suas necessidades e articuladas com recursos existentes.

O caso explorado envolve um processo de luto entre idosos, e a preocupação dos familiares em relação ao isolamento da idosa e o seu aumento de dependência nos autocuidados, associado ao seu declínio cognitivo.

Segundo a literatura, o cônjuge idoso, por vezes na sua introspeção sobre a sua mortalidade e a do falecido, pode gerar sentimentos de culpa, raiva e solidão, podendo levar a agravamento da sua saúde e até mesmo à sua morte. Assim, é essencial que o EEECESF, em articulação com a família alargada, monitorize alterações subtis e mudanças nos hábitos de vida dos idosos em luto, uma vez que estes tendem a isolar-se emocionalmente e a não expressar diretamente as suas preocupações (Colvin & Ceide, 2021; Figueiredo, 2023).

Ao interagir com a família alargada, é necessário equacionar as suas preocupações com a dos membros da família a ser intervencionados, precisando o EEECESF de procurar identificar prioridades e mobilizar o seu conhecimento técnico-científico para facilitar a transição em momentos de crise familiar. Exemplos de boas práticas realizadas incluíram ensinamentos sobre a prevenção de quedas no domicílio, após avaliação do ambiente habitacional, a promoção de atividades familiares que estimulassem as funções cognitivas, emocionais, sociais e musculares e a orientação para uma dieta adaptada às necessidades da utente (Figueiredo, 2023; Masini et al., 2025).

A utilização do MCAIF e de instrumentos pertinentes para a avaliação e intervenção na família permitiram analisar forças, fatores de risco e recursos da família, bem como a sua influência na saúde familiar (Gottlieb, 2016; Wright & Leahey, 2021). O plano de cuidados à família foi desenvolvido após o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a utente, reconhecendo que a promoção da saúde começa no indivíduo e se estende à família alargada, sendo reforçada por intervenções personalizadas e pelo apoio familiar, de meios externos e do EEECESF, promovendo um envelhecimento saudável (Bárrios et al., 2020; Figueiredo, 2023; Masini et al., 2025).

Para a avaliação da saúde familiar o SClínico do local de estágio, apesar de possuir alguns instrumentos de avaliação e intervenção a nível da saúde familiar, por vezes não era o suficiente sendo que foi necessário procurar instrumentos específicos e referenciais teóricos que pudessem responder de forma mais eficaz as necessidades dos utentes e respetivas famílias, como foi o caso dos referenciais teóricos referidos no capítulo anterior. Com base neles, foi possível perceber de melhor forma as crenças das famílias sobre os cuidados de enfermagem a serem realizados, e promover o seu envolvimento, com vista a criar um cuidar sistémico e holístico, pensado com e para a família (Gottlieb, 2016; Wright & Leahey, 2021).

É pertinente referir que este inconivente sentido no estágio também se reflete na experiência que a equipa possuía, que apesar de possuem as atitudes devidas para envolver a família nos cuidados não conseguiam por vezes realizar a avaliação e intervenção da forma que gostariam, motivo o qual realizei momentos formativos com o intuito de providenciar um melhor sustento teórico para a sua prática, como será referido mais à frente.

Outro obstáculo que identifiquei foram as barreiras culturais e linguísticas, como foi o caso de uma família cujo bebé que possuía dificuldades no desenvolvimento comunicacional dado o multilinguismo existente dentro da família e outra família cuja avaliação foi dificultada devido a barreiras linguísticas. O número de utentes emigrantes em Portugal tem aumentado, com 177.557 imigrantes permanentes a entrarem até dezembro de 2024, totalizando 1.543.697 cidadãos estrangeiros residentes, segundo a Agência para a Integração Migrações e Asilo (2025) e o INE (2025). Este crescimento reflete-se nas carteiras dos profissionais de saúde a nível nacional, sendo as barreiras linguísticas um dos principais desafios na promoção da saúde, pois muitos comunicam de forma rudimentar em português, preferindo o inglês (Machado et al., 2025).

Para mitigar tais barreiras, traduzi alguns dos panfletos que a USF disponibiliza aos seus utentes no momento das consultas de enfermagem, de forma a complementar as consultas realizadas e a fortalecer os ensinamentos realizados à população migrante, dando preferência aos panfletos da área de saúde infantil por serem nestas consultas onde mais famílias emigrantes surgem e onde a equipa sente maior dificuldade em realizar os ensinamentos (Apêndices XI e XII).

Em suma, para a intervenção do EEECESF promover uma abordagem que valoriza o sistema familiar e as necessidades individuais, a consulta de enfermagem é considerada um aspeto fundamental para a realização de uma prática estruturada e baseada na evidência, desde a recolha de dados até à avaliação contínua dos cuidados e ganhos em saúde, com enfoque na expressão de opiniões, crenças e valores das famílias, independentemente das barreiras culturais e comunicacionais que possam surgir (Figueiredo, 2023; Machado et al., 2025; OE, 2021).

3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção familiar

A presente competência reforça a articulação do EEECESF com a restante equipa, criando uma ferramenta essencial para a atuação coletiva à família (OE, 2018). Para tal, é necessária que o EEECESF desenvolva continuamente a sua formação, que evoluir o seu saber e atitudes para com o individuo e respetivo meio familiar (Figueiredo, 2023).

Ao longo do estágio, surgiram várias famílias cujos utentes apresentavam necessidades que ultrapassavam as nossas competências, tendo sido necessário reencaminhá-los para apoios externos, nomeadamente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Um exemplo disso foi a minha colaboração com a equipa da USF para a transferência do processo de uma utente para a RNCCI, devido ao aumento de dependência na realização das atividades de vida diárias e à necessidade de intervenções curativas que ultrapassavam os cuidados que a unidade conseguia prestar.

De forma a também capacitar os cuidadores desenvolvi um manual dos cuidadores informais, que inclui procedimentos, recursos que existem a nível nacional e a nível municipal que possam aliviar a carga laboral que os cuidadores informais possuem diariamente, assim como formas de a restante família poder auxiliar no processo de cuidados (Apêndice III).

Fui também interagindo com a equipa da assistência social do CS, para a aceitação de utentes para o procedimento da VD, avaliando não só a parte clínica do utente, como as condições sociais da família, identificar necessidades e forças existentes para assim construir um plano de intervenção mais eficaz, promovendo a melhoria da qualidade de vida de todos os elementos que a compõem.

Em maio apresentei um poster acerca “Conhecimentos e Percepções dos Enfermeiros de Família de uma ULS”, no XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável, com o objetivo de identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre diagnósticos e intervenções em enfermagem de saúde familiar, conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a aplicabilidade dos diagnósticos e intervenções na sua prática diária e identificar fatores facilitadores e dificultadores na documentação dos cuidados prestados (Apêndices XIII e XIV).

Em colaboração com a equipa de Nutrição da ULS, foi desenvolvido um evento de alimentação saudável para as famílias da USF, com o objetivo de promover nas famílias uma alimentação mais saudável. A USF foi decorada com alimentos da época, de forma a dar a provar e a conhecer aos utentes alimentos que possam adquirir na época para uma melhor alimentação, assim como foram realizados quatro workshops para promover uma alimentação saudável nas famílias e distribuído um livreto de receitas que incluía tarefas para toda a família realizar aquando da preparação das receitas (Apêndices XV a XX).

Foram realizados dois momentos de formação à equipa da USF. Num primeiro momento, ao realizar o estudo de caso à família, considerou-se pertinente realizar uma formação à equipa sobre a Norma nº003/2019 da DGS. Esta norma, denominada de "Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos", foca-se na identificação, avaliação e acompanhamento terapêutico de lutos complicados e procura implementar um modelo estruturado para intervir no luto prolongado (DGS, 2019). Dado a importância do EEECESF para promover as transições com sucesso e o facto da equipa desconhecer tal norma, considerei importante a sua divulgação à equipa, para ser identificado com mais facilidade processos de luto prolongado e intervir da melhor forma (DGS, 2019; Meleis, 2010) (Apêndice XXI).

Num segundo momento, de forma a divulgar entre a equipa o documento da DGS (2025) “Como educar para uma alimentação saudável: Guia de boas práticas para pais e educadores”, promover o conhecimento dos enfermeiros sobre alimentação saudável e fornecer estratégias promotoras de hábitos saudáveis às famílias, foi realizada uma nova formação à equipa (Apêndice XXII).

Dado a atuação do EEECESF junto da pessoa e da família, as suas estratégias de intervenção de enfermagem passam por todos os níveis de prevenção, desde a primária até à quaternária, níveis estes que fui presenciando ao longo deste estágio (Figueiredo, 2012; Schopf et al., 2022).

No que se refere à prevenção primária, isto é, ao controlo dos fatores de risco modificáveis na pessoa e respetiva família, bem como à promoção de comportamentos saudáveis (Hespanhol et al., 2008), em junho, por ser o mês internacional do Orgulho LGBTQIA+ e existir a necessidade de se promover cada vez mais a aceitação e emancipação desta comunidade, tendo em conta os crimes de ódio cada vez mais frequentes em Portugal (Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo, 2025), considerei pertinente criar um poster que incluísse recursos para as famílias com elementos desta comunidade. Este poster tem como objetivo auxiliar na promoção da integração saudável destas pessoas nas suas famílias, visto existirem algumas que têm dúvidas sobre a temática, mas receiam expressá-las (Apêndice XXIII).

Desenvolvi também meios de informação (folheto e poster) sobre a adequada alimentação do bebé com biberão, a pedido da USF, pois em reunião a equipa da unidade chegou à conclusão de que muitos pais possuem dificuldades em alimentar o seu recém-nascido, sendo importante fornecer-lhes a informação devida para os ajudar de forma eficaz (Apêndices XXIV e XXV).

Para além da criação de recursos para as famílias, ao realizar as consultas avaliei sempre se os utentes tinham o plano de vacinação atualizado, e caso não o tivessem, procurava negociar com eles um dia para realizar a

vacinação, reforçando a importância de cumprirem o plano vacinal de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2021).

Sobre a prevenção secundária, de forma a se conseguir detetar doenças numa fase inicial, e evitar o seu agravamento e complicações associadas, fui promovendo nas consultas de planeamento familiar a realização de citologias cervico-vaginais, auxiliando-me na plataforma SiiMA Rastreios. Realizei também consultas das doenças crónicas a com o intuito de capacitar as famílias sobre o controlo da sua doença, com base em intervenções adequadas para a prevenção de complicações das doenças crónicas, como o controle dos níveis de glicémia e da tensão arterial, o controle do pé diabético e a promoção de uma alimentação adequada às necessidades do utente, juntamente com a elaboração da atividade realizada em outubro (Hespanhol et al., 2008).

Em relação à prevenção terciária, com o objetivo de reduzir as consequências e complicações de uma doença já instalada e promover a autonomia do indivíduo com base nas limitações causadas pela doença, para além da integração de utentes na RNCCI em curta duração com o intuito de promover a sua reabilitação, fui realizando o tratamento e acompanhamento de utentes já com comorbilidades avançadas, de forma a evitar a progressão da sua doença, principalmente em contexto de VD (Hespanhol et al., 2008).

Um dos exemplos que presenciei neste estágio a nível da prevenção terciária foi a evolução do estado da doença do utente que no estágio prévio possuía o halúx esquerdo necrosado, associado a complicações do pé diabético, e que negava a situação da doença e das suas comorbilidades. Neste momento o doente já aceitou a amputação do dedo, após lhe ter sido explicado várias vezes a necessidade e importância da sua amputação, assim como a realização de exames para avaliar a circulação do restante pé, para a prevenir a evolução da necrose. Posteriormente à amputação, tem sido realizado o reforço dos ensinamentos sobre o pé diabético e cuidados a ter sempre que o utente vai realizar o tratamento à ferida cirúrgica, para evitar novo processo de necrose.

Por último, em relação à prevenção quaternária, com o objetivo de identificar utentes em risco de sobremedicalização, evitar intervenções desnecessárias e sugerir intervenções eticamente aceitáveis, promovendo o conforto da pessoa (Schopf et al., 2022), foi possível realizá-la ao longo de VD a doentes com patologias neoplásicas.

Dois momentos surgem como principais exemplos da minha intervenção neste tipo de prevenção, o primeiro surge quando fui a uma VD retirar dispositivos médicos a um utente, por indicação de medidas de conforto por parte dos médicos responsáveis pelos cuidados paliativos a nível hospitalar, as quais a família concordou em realizar. O segundo exemplo ocorreu quando foi realizada a capacitação de elementos da família, acerca de intervenções sobre a prevenção de úlceras de pressão e posicionamentos, assim como controle de dor do elemento que se ficou acamado devido a doença neoplásica, de forma a reduzir o medo e ansiedade da família nos cuidados e a promover práticas seguras.

Conclui-se que o EECEFS ao obter esta competência conseguirá garantir a realização de cuidados integrados, centrados na família e orientados para ganhos em saúde. Ao assumir um papel de coordenação e articulação com a equipa e a família, promove assim a participação ativa, a comunicação eficaz e a mobilização de recursos que permitem construir uma prática eficaz e sustentada em evidência científica atualizada (OE, 2022; Wright & Leahey, 2021).

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A PBE configura-se como um processo sistemático e estruturado de tomada de decisão clínica, de natureza multidimensional, que integra a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica do enfermeiro, bem como as preferências e valores da pessoa alvo de cuidados, articulando-se ainda com o contexto organizacional e os recursos existentes. Este enquadramento visa sustentar decisões clínicas mais informadas, centradas no sujeito e ancoradas na produção científica (Sequeira & Néné, 2017).

Em Portugal, a PBE encontra-se alinhada com as orientações da Ordem dos Enfermeiros, estando consagrada no regulamento das competências gerais do EE e nas competências específicas do EECESF (OE, 2018; OE, 2019). Não obstante o reconhecimento crescente da PBE, observa-se, no domínio da ESF, uma limitada sistematização do conhecimento relativo aos contextos, processos e resultados associados à sua implementação. O EECESF tem uma responsabilidade crescente nesta matéria, tornando-se imperativo que mobilize e produza conhecimento científico sobre os fenómenos emergentes da sua prática e se afirme como agente ativo no desenvolvimento e consolidação da Enfermagem enquanto disciplina (Figueiredo, 2012; Thürlimann et al., 2022).

Assim, o estudo das crenças e atitudes dos enfermeiros face à família enquanto foco de cuidados emerge como uma dimensão crítica para a compreensão e qualificação das práticas de cuidados de saúde orientadas para a família.

4.1. INTRODUÇÃO

Num ambiente de transformação social constante é imperativo que a prática de enfermagem centrada na família assuma uma abordagem integradora, na qual os problemas individuais são compreendidos no contexto familiar e social, exigindo o envolvimento de todos os intervenientes no processo de cuidados. Neste âmbito, a qualidade dos cuidados prestados está intimamente relacionada com as atitudes e comportamentos dos enfermeiros face à inclusão da família enquanto foco de intervenção (Fernandes et al., 2015; Oliveira et al., 2011).

A operacionalização deste constructo tem sido amplamente sustentada pela utilização da escala IFCE-AE, desenvolvida por Benzein et al. (2008) e validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011), a qual tem permitido evidenciar, em diversos estudos, atitudes globalmente positivas dos enfermeiros face à família (Fernandes et al., 2015; Hraunfjörð et al., 2024; Silva et al., 2013; Shamali et al., 2023; Trulsson et al., 2023).

Contudo, verifica-se uma dissonância entre atitudes e práticas, sendo reportadas dificuldades na efetiva integração das famílias nos cuidados, frequentemente associadas a constrangimentos na interação com estas (Oliveira et al., 2011; Fernandes et al., 2015; Hraunfjörð et al., 2024). Paralelamente, embora menos exploradas, as crenças dos enfermeiros emergem como um determinante central, influenciando a forma como conceptualizam a família e condicionando as suas atitudes e práticas (Cao et al., 2018; César-Santos et al., 2024; Nobokuni et al., 2021; Shamali et al., 2023).

Assim, considerando a inter-relação entre crenças e atitudes, bem como a escassez de evidência sobre o seu impacto nos cuidados de saúde à família em contexto de CSP, justifica-se o presente estudo, que partindo das questões de investigação *“Qual a relação entre as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família como foco de cuidados e as suas características sociodemográficas e profissionais?”* e *“Que crenças os enfermeiros de CSP possuem acerca da família como foco de cuidados e de que forma influenciam a sua prática clínica?”*, definindo-se como objetivo geral:

- Analisar a relação entre as crenças e as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados centrados na família em contexto de CSP.

E como objetivos específicos:

- Avaliar as atitudes dos enfermeiros dos CSP face aos cuidados centrados na família;
- Analisar a relação entre as atitudes e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros de CSP;
- Explorar as crenças dos enfermeiros dos CSP relativamente à família enquanto foco de cuidados;
- Identificar quais crenças são percecionadas como obstáculos e como facilitadores dos cuidados centrados à família, por parte dos enfermeiros de CSP.

4.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A integração efetiva no processo configura-se como um fenómeno complexo e nem sempre linear. A evidência sugere que a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à família é influenciada não apenas por competências técnicas, mas também por fatores subjetivos, como as crenças e atitudes dos enfermeiros face à sua inclusão enquanto foco de cuidados (Benzein et al., 2008; Hraunfjörð et al., 2024). Neste contexto, torna-se pertinente compreender de que forma estas dimensões se articulam e condicionam a prática clínica, particularmente nos CSP em que a família assume especial relevo, pelo que a análise entre crenças e atitudes dos enfermeiros emerge como um contributo relevante para a compreensão e qualificação das práticas centradas na família.

As atitudes correspondem a predisposições organizadas que integram componentes cognitivas (pensamentos e crenças), afetivas (sentimentos e emoções) e comportamentais, refletindo tendências relativamente estáveis para responder a determinados estímulos, objetos ou contextos, ou seja, correspondem a inclinações internas que orientam a conduta individual (ICN, 2016; Nobokuni et al., 2021). No contexto da ESF, as atitudes dos enfermeiros face à família enquanto foco de cuidados influenciam diretamente a forma como esta é integrada no planeamento e na prestação de cuidados (Benzein et al., 2008; Cranley et al., 2022; Nobokuni et al., 2021; Oliveira et al., 2011).

A literatura evidencia que atitudes positivas face à família estão associadas a uma melhor comunicação, maior envolvimento dos seus membros e à implementação de estratégias de cuidado mais colaborativas, potenciando ganhos em saúde e a qualidade na relação terapêutica (Benzein et al., 2008; Hraunfjörð et al., 2024; Nobokuni et al., 2021; Shamali et al., 2023). Contudo, alguns estudos apontam para a existência de discrepâncias entre atitudes e práticas, sugerindo a influência de outros fatores, nomeadamente as crenças dos profissionais (Fernandes et al., 2015; Hraunfjörð et al., 2024; Oliveira et al., 2011).

Ademais, apesar do reconhecimento da relevância das atitudes dos enfermeiros, amplamente estudadas através de instrumentos como a escala “Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE), desenvolvida por Benzein et al. (2008) e validada para a população portuguesa por Oliveira et al. (2011), persiste uma menor exploração das crenças e, sobretudo, da sua relação com as atitudes e com a prática clínica, particularmente no contexto dos CSP.

As crenças podem ser entendidas como estruturas cognitivas que orientam a perceção e a interpretação da realidade, influenciando a forma como o indivíduo compreende e responde às situações (Gottlieb, 2016; Meleis, 2010; Lin et al., 2023; Lise et al., 2018; Ritchie et al., 2021). Estas são construídas ao longo do percurso de vida, resultando da interação entre fatores individuais, como experiências e processos cognitivos, e fatores contextuais, de natureza sociocultural e relacional (Gottlieb, 2016; Sousa et al., 2012).

Em ESF, as crenças dos profissionais influenciam a forma como conceptualizam a família e o seu papel no processo de cuidar, condicionando a sua disponibilidade e predisposição para a integrar enquanto foco de cuidados. Neste sentido, a consciencialização das próprias crenças constitui um elemento essencial para a identificação de potenciais constrangimentos e para a promoção de práticas mais inclusivas e centradas na família (Cao et al., 2018; Hlebichuk et al., 2024; Hraunfjörð et al., 2024).

Neste enquadramento, importa assim destacar que as crenças constituem um antecedente das atitudes, influenciando a sua formação e, conseqüentemente, as práticas clínicas. Assim, crenças positivas relativamente à família tendem a favorecer atitudes promotoras da sua inclusão nos cuidados (Hraunfjörð et al., 2024; Nobokuni et al., 2021), enquanto crenças negativas podem contribuir para atitudes de distanciamento e menor envolvimento, com impacto nos resultados das intervenções (Cao et al., 2018; Shamali et al., 2023).

Deste modo, e considerando a complexidade da relação entre crenças, atitudes e práticas, bem como a escassez de evidência que explore esta interligação, torna-se pertinente investigar de que forma as crenças dos enfermeiros influenciam as suas atitudes face aos cuidados centrados na família e a sua operacionalização no contexto da prática clínica. Neste sentido, a integração de abordagens quantitativas e qualitativas revela-se particularmente adequada, permitindo, por um lado, avaliar as atitudes e, por outro, explorar as crenças subjacentes.

4.3. METODOLOGIA

De acordo com Sequeira e Néné (2017), a metodologia de investigação consiste num conjunto estruturado de processos, métodos e técnicas que permitem conferir um carácter científico a um estudo. É nesse conjunto que se define como a investigação será realizada em termos de recolha, análise e interpretação de dados, de modo a assegurar o seu rigor, validade e relevância para a prática de enfermagem.

Nos seguintes subcapítulos, descreve-se a metodologia adotada na investigação.

4.3.1. Hipóteses de investigação

A criação de hipóteses testam a relação prevista entre duas variáveis, combinando o problema e os objetivos, a partir da revisão da literatura e da observação do fenómeno, e que será confirmada ou refutada durante o estudo (Fortin, 2009; Sequeira & Néné, 2017).

As hipóteses de investigação, entendidas como proposições que antecipam relações entre variáveis e que serão confirmadas ou refutadas durante o estudo (Fortin, 2009; Sequeira & Néné, 2017), são as seguintes:

- H0: Não existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e as suas características sociodemográficas e profissionais.
- H1: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o género.
- H2: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e a idade.
- H3: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o grau académico.
- H4: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o tempo de exercício profissional.
- H5: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o contexto de prestação de cuidados.

4.3.2. Tipo de estudo

Considera-se o presente estudo como descritivo e relacional, transversal, com metodologia mista (quantitativa), pois tem como objetivo descrever e relacionar características da população-alvo, num curto espaço de tempo (Fortin, 1999; Sequeira & Néné, 2017).

A opção pela abordagem mista justifica-se na complexidade do fenómeno em estudo, sendo que em saúde, esta abordagem tem sido cada vez mais recomendada por permitir a recolha e análise de dados qualitativos e quantitativos e a sua integração, aproveitando os pontos fortes de ambos para a criação de uma abordagem flexível e ajustável ao fenómeno em estudo (Guetterman et al., 2015).

4.3.3. População-alvo e amostra

A população-alvo corresponde ao conjunto de indivíduos que reúnem as características definidas pelos critérios de inclusão do estudo, enquanto a amostra constitui um subconjunto representativo dessa população, permitindo a realização de inferências ou generalizações dos resultados (Fortin, 1999; Sequeira & Néné, 2017).

A população-alvo é constituída por enfermeiros que prestam cuidados às famílias no contexto dos CSP. A amostra é composta por enfermeiros a exercer funções em UCSP e USF de uma ULS da região centro do país, onde decorreu o presente estágio. Trata-se, assim, de uma amostragem não probabilística, por conveniência.

Foram definidos como critérios de exclusão:

- Enfermeiros que não exercem funções nas UCSP e USF da ULS em estudo;
- Enfermeiros que recusam participar no estudo.

4.3.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados é uma parte essencial de qualquer investigação quantitativa ou qualitativa, pois permite a criação de dados válidos e fiáveis e, quando bem construído e aplicado, fortalece a credibilidade e a utilidade dos resultados (Sequeira & Néné, 2017).

Para a recolha dos dados foi utilizado um instrumento construído pela equipa de investigação (Apêndice XXVI), organizado em três partes distintas:

- Na primeira parte consta a caracterização sociodemográfica (género e idade) e profissional (grau académico, tempo de experiência profissional e contexto de prática clínica);
- Na segunda parte é aplicada a escala IFCE-AE, criada por Eva Benzein, Kristofer Arestedt, Pauline Johansson, Agneta Berg e Britt Inger Saveman (2008), posteriormente traduzida e adaptada para a comunidade portuguesa por Palmira Oliveira, Henriqueta Fernandes, Ana Isabel Vilar, Maria Henriqueta Figueiredo, Maria Margarida Ferreira, Maria Júlia Martinho, Maria do Céu Figueiredo, Luísa Maria Andrade, José Carlos Carvalho e Maria Manuela Martins (2011);
- A terceira parte inclui três questões abertas sobre as crenças dos enfermeiros face à família como foco dos cuidados: “Que obstáculos acredita que as suas crenças trazem para a sua prática de enfermagem?”; “Dê um exemplo onde as suas crenças promoveram a saúde de uma família”; e “Que significado atribui à família como foco de cuidados?”. Estas questões foram baseadas em questionários de estudos com semelhantes problemáticas, nomeadamente os estudos de Cao et al. (2018), Coutinho et al. (2020), Martins et al. (2020), Soares et al. (2020), Nobokuni et al. (2021) e Rebolledo et al. (2025).

De referir que a escala IFCE-AE é uma escala de autopreenchimento composta por 26 itens, que visam identificar as atitudes do enfermeiro face ao envolvimento da família nos cuidados que presta. Cada item é respondido através de uma escala de concordância, de estrutura tipo Likert, dimensionada para quatro opções

- “Discordo completamente” (1 ponto), “Discordo” (2 pontos), “Concordo” (3 pontos) e “Concordo completamente” (4 pontos), sendo que os elementos que a constituem abrangem as dimensões cognitiva (eu penso...), afetiva (eu sinto...) e comportamental (no meu trabalho) (Oliveira et al, 2011).

No processo de tradução e validação para a população portuguesa foram constituídas três dimensões: Família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens, com as questões 4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25); família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens, com as questões 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20); e família como um fardo (4 itens, com as questões 2, 8, 23, 26) (Oliveira et al., 2011).

O score total do instrumento varia entre 26 e 104 pontos, com os valores das dimensões a oscilarem entre 12 e 48 (primeira dimensão), 10 a 40 (segunda dimensão) e 4 a 16 pontos (terceira dimensão). Quanto mais elevados forem os scores nas duas primeiras dimensões e mais baixo na terceira, maior é a importância atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados e mais favoráveis são as suas atitudes de suporte (Oliveira et al., 2011).

A decisão de utilizar a IFCE-AE justifica-se na facilidade com que permite desenvolver estratégias impulsionantes de atitudes de suporte nos cuidados prestados pelos enfermeiros, promovendo práticas promotoras de saúde familiar (Oliveira et al., 2011).

Foi avaliada a consistência interna do instrumento de recolha de dados e respetivas dimensões, através do cálculo do α de Cronbach (tabela 3). Os valores obtidos assemelham-se aos valores obtido pela adaptação portuguesa da escala IFCE-AE, confirmando a sua fiabilidade. Os itens correlacionam-se com as dimensões da escala a que estão agrupados e com o total obtido, onde as dimensões “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” e “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” obtiveram valores elevados e a dimensão “Família como um fardo” um valor razoável, tendo em consideração o seu número reduzido de itens (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

Tabela 3- Fiabilidade da versão portuguesa da escala IFCE-AE no presente estudo

Dimensões da Escala IFCE-AE	α de Cronbach (adaptação portuguesa) (Oliveira et al., 2011)	α de Cronbach (estudo atual)
Família como um parceiro dialogante e recurso de coping	0,90	0,91
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	0,84	0,84
Família como um fardo	0,49	0,49
α Cronbach da Escala total	0,87	0,88

Nota -Verificação da consistência interna da adaptação portuguesa da escala IFCE-AE (Oliveira et al., 2011) para o presente estudo, calculando o alfa de Cronbach, para o resultado total e respetivas dimensões. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.3.5. Operacionalização de variáveis

Esta etapa consiste na definição e operacionalização das variáveis, transformando atributos em indicadores mensuráveis e quantificáveis. As variáveis podem assumir diferentes valores e ser classificadas como independentes ou dependentes, consoante a sua natureza e função no estudo. Para garantir rigor e comparabilidade, devem ser definidas de forma clara e inequívoca. A sua operacionalização deve ainda incluir o tipo de variável, a escala de medida, a codificação e o instrumento (Fortin, 2009; Sequeira & Néné, 2017).

4.3.5.1. Variáveis independentes

A variável independente representa o elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação, com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (Fortin, 2009).

No presente estudo, as variáveis independentes possuem como objetivo caraterizar a amostra e perceber qual a sua relação com as variáveis dependentes. Assim dividem-se as variáveis como sociodemográficas e profissionais, sendo que a sua operacionalização se encontra na tabela 4.

Tabela 4- Variáveis independentes do estudo

Nome da variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de reposta
Variáveis sociodemográficas			
Género	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta tricotómica: Feminino/ Masculino/ Outro
Idade	Variável qualitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e $+\infty$
Variáveis profissional			
Nível de Formação	Variável qualitativa ordinal	Discreta	Resposta múltipla: 1-Licenciatura 2- Bacharelato 3- Pós-Graduação 4- Mestrado/ Especialidade 5- Doutoramento
Tempo de experiência profissional	Variável qualitativa de razão	Contínua	Resposta aberta variável entre 0 e $+\infty$
Local onde realiza a experiência da prática clínica	Variável qualitativa nominal	Discreta	Resposta dicotómica: USF/ UCSP

Nota - Tabela onde se encontra descrito os nomes das variáveis e respetivas escalas de medida, continuidade das variáveis e opções de resposta. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.3.5.2. Variável dependente

A variável dependente é aquela que é influenciada pelas variáveis independentes, sendo o resultado predito pelo investigador (Fortin, 2009). Assim as variáveis dependentes do estudo serão as atitudes e as crenças dos enfermeiros, cuja operacionalização se encontra na tabela 5.

Tabela 5- Variáveis dependentes do estudo

Questão	Variável	Escala de medida	Continuidade das variáveis	Opções de resposta
Itens de 1 a 26	Atitude do enfermeiro face à	Variável qualitativa ordinal	Discreta	Respostas múltiplas: Discordo completamente; Discordo;

	importância da família			Concordo; Concordo completamente.
		Variável quantitativa	Contínua	A variável será avaliada tendo por base a pontuação total da escala, podendo variar entre um score mínimo de 26 pontos e um score máximo de 104.
Que obstáculos acredita que as suas crenças trazem para a sua prática de enfermagem?	Crenças do enfermeiro face à importância da família	Variável qualitativa nominal	Discreta	A variável será avaliada tendo como base os obstáculos denominados pela amostra.
Dê um exemplo onde as suas crenças promoveram a saúde de uma família		Variável qualitativa nominal	Discreta	A variável será analisada englobando todos os exemplos dados pelos participantes.
Que significado atribui à família como foco de cuidados?		Variável qualitativa nominal	Discreta	A variável será categorizada conforme os significados atribuídos pelos participantes.

Nota - Tabela onde se encontram descritas as questões elaboradas, variáveis em estudo, e correspondentes escalas de medida, continuidade das variáveis e opções de resposta. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.3.6. Tratamento de dados

Atendendo à natureza mista do presente estudo, a análise dos dados foi realizada com base na metodologia de convergência paralela, na qual os dados quantitativos e qualitativos foram recolhidos e analisados de forma independente, procedendo-se posteriormente à sua integração, com o objetivo de obter uma compreensão mais abrangente do fenómeno (Guetterman et al., 2015; Susanto et al., 2024).

4.3.6.1. Procedimento de tratamento dos dados quantitativos

Os dados quantitativos, relativos à caracterização dos participantes e à avaliação das atitudes dos enfermeiros face aos cuidados centrados na família, foram tratados com recurso a estatística descritiva e inferencial, utilizando o software informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 31.

Inicialmente procedeu-se à análise descritiva das variáveis, recorrendo ao cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e de medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) para variáveis quantitativas.

Para a análise inferencial, foram selecionados testes estatísticos de acordo com a natureza das variáveis e a verificação dos pressupostos de aplicação, nomeadamente a normalidade da distribuição dos dados. Assim, foram utilizados testes paramétricos ou não paramétricos conforme apropriado, com o objetivo de analisar a associação entre as atitudes dos enfermeiros (score total da escala) e as variáveis de caracterização, bem como explorar relações entre variáveis.

De forma a assegurar um equilíbrio entre o rigor estatístico e a fiabilidade dos resultados, foram considerados como valores de significância (p):

- $p < 0,05$ diferença estatística significativa;
- $p \geq 0,05$ diferença estatística não significativa (Sampaio & Leoni, 2015; Sequeira & Néné, 2017).

Dado o tamanho da amostra ($n=49$), foi utilizado o teste Shapiro-Wilk para testar a normalidade da escala IFCE-AE. Deste, resultou uma população com distribuição amostral normal, dado o seu p ser superior a 0,05 ($p=0,059$), como é possível observar na tabela 6 (Ferreira, 1994).

Tabela 6- Aplicação do teste Shapiro-Wilk à pontuação total da escala IFCE-AE

	Teste Shapiro-Wilk		
	Estatística	Frequência (n)	p
Total pontuação Escala IFCE-AE	0,955	49	0,059

Nota - Aplicação do teste Shapiro-Wilk à pontuação total obtida na escala IFCE-AE. Fonte: Elaboração da autora (2026).

Dado as variáveis seguirem uma distribuição amostral normal foram aplicados os seguintes testes:

- Teste estatístico paramétrico t-student, utilizado na estatística inferencial quando uma variável quantitativa discreta ou contínua tem uma curva de distribuição normal e em duas amostras relacionadas, comparando os valores entre si (Sequeira & Néné, 2017);
- Teste inferencial paramétrico da análise de Variância ANOVA, usado para comparar médias entre três ou mais grupos independentes (Sequeira & Néné, 2017).

Para realizar medidas de correlação, recorreu-se ao Coeficiente de correlação de *Pearson*, representado pela letra r , tem como propósito a medição da direção e a intensidade da relação linear entre duas variáveis quantitativas, variando entre -1 e 1. Quanto mais próximo de 1, mais forte é a relação, sendo o sinal positivo indicativo de variação no mesmo sentido e o negativo de variação em sentidos opostos (Martins, 2014).

4.3.6.2. Procedimento de tratamento de dados qualitativos

Os dados qualitativos, provenientes das questões abertas relativas às crenças dos enfermeiros, foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, de natureza categorial (Bardin, 2013; Valle & Ferreira, 2025).

O processo de análise desenvolveu-se em várias etapas: leitura flutuante dos dados; identificação de unidades de significado; codificação; construção de categorias e subcategorias; e interpretação dos resultados (Bardin, 2013).

Importa referir que o processo de categorização obedeceu a um conjunto de princípios orientadores de forma a garantir o rigor da análise. Assim, as categorias foram definidas como mutuamente exclusivas, assegurando que cada elemento é integrado numa única categoria, e homogéneas, respeitando a separação entre diferentes níveis de análise. Foram ainda consideradas pertinentes, estando alinhadas com os objetivos e questões da investigação, e construídas de forma a garantir objetividade e fidelidade, minimizando a subjetividade do investigador. Por fim, procurou-se assegurar a produtividade das categorias, permitindo a geração de inferências, hipóteses e resultados relevantes (Bardin, 2013).

Este procedimento possibilitou a organização e sistematização dos dados, permitindo identificar padrões, temas e significados atribuídos pelos participantes às crenças e à família enquanto foco de cuidados.

4.3.6.3. Integração dos dados

Após a análise independente dos dados quantitativos e qualitativos, procedeu-se à sua integração, de acordo com a lógica do desenho convergente paralelo. Esta etapa consistiu na comparação e articulação dos resultados obtidos em ambas as abordagens, procurando identificar convergências, divergências e complementaridades (Guetterman et al, 2015).

A integração dos dados permitiu aprofundar a compreensão da relação entre crenças e atitudes dos enfermeiros, possibilitando interpretar os resultados quantitativos à luz dos significados emergentes da análise qualitativa, contribuindo para uma visão mais abrangente e contextualizada do fenómeno em estudo.

4.3.7. Procedimentos formais e éticos

Os dados foram recolhidos através de questionários em formato papel, distribuídos nas USF e UCSP integrantes à ULS onde o estágio decorreu, entre novembro de 2025 e janeiro de 2026 (Apêndice XXVI).

Foram assegurados os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde, nomeadamente o respeito pela autonomia, confidencialidade, anonimato, não maleficência e equidade dos participantes (Fortin, 2009; Sequeira & Néné, 2017). A participação foi voluntária, sendo garantido o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes.

Antes da aplicação do questionário, foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice XXVII), no qual foram explicitados os objetivos do estudo, bem como assegurada a confidencialidade e o anonimato das respostas.

No que respeita aos procedimentos formais, foi obtida autorização dos autores da escala IFCE-AE (Anexos I e II), bem como parecer favorável do enfermeiro diretor e da Comissão de Ética da ULS onde decorreu o estudo (Anexo III e IV).

Para garantir o anonimato, os questionários foram codificados de forma sequencial (Q1, Q2, ...), não sendo recolhidos quaisquer dados identificativos dos participantes. O tratamento dos dados foi realizado em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, assegurando a confidencialidade e a proteção da informação recolhida.

4.4.RESULTADOS

Ao longo deste subcapítulo serão descritas as variáveis sociodemográfica e profissional, e será realizada a sua análise, de forma a simplificar a leitura e respetiva compreensão.

4.4.1. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

Segundo Néné e Sequeira (2017), a caracterização sociodemográfica permite descrever a amostra do estudo e é normalmente apresentada no início dos resultados.

Ao longo deste subcapítulo serão descritas as seguintes variáveis: género; idade; nível de formação; situação profissional; tempo de experiência profissional e contexto de prestação cuidados, e será realizada a sua análise, de forma a simplificar a leitura e respetiva compreensão.

4.4.1.1. Género

De acordo com a tabela 7, dos 49 enfermeiros que realizaram o questionário, 8,2% são do género masculino (n=4) e os restantes 91,8% são do feminino (n= 45).

Tabela 7-Distribuição da amostra, por género

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Género	Masculino	4	8,2
	Feminino	45	91,8
	Total	49	100,0

Nota - Distribuição da amostra estudada por género. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.4.1.2. Idade

Como se pode verificar da análise da tabela 8 relativamente à distribuição da idade dos enfermeiros, esta apresenta um valor mínimo (X_{Min}) de 27 anos e um valor máximo ($X_{\text{Máx}}$) de 67 anos, sendo que a média de idade dos enfermeiros ($\bar{x}$) que participaram é de 50,306 anos e o desvio padrão (σ) de 8,006 anos.

Tabela 8-Distribuição da amostra, por idade

	Frequência (n)	Média ($\bar{x}$)	Valor mínimo (X_{Min})	Valor máximo ($X_{\text{Máx}}$)	Desvio Padrão (σ)
Idade (em anos)	49	50,306	27	67	8,006

Nota - Distribuição da amostra estudada por idade. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.4.1.3. Grau académico

Quanto ao grau académico, através da análise da tabela 9, verifica-se que dos 49 enfermeiros licenciados, apenas 16 (32,7%) apresentam o grau de mestre e 1 a pós-graduação (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição da amostra, por grau académico

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Grau académico	Licenciatura	32	65,3
	Pós-Graduação	1	2,0
	Mestrado	16	32,7
	Total	49	100,0

Nota - Distribuição da amostra estudada por grau académico. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.4.1.4. Tempo de experiência profissional

A tabela 10 demonstra a distribuição dos enfermeiros segundo o seu tempo de experiência profissional, em anos. Denota-se que esta apresenta um valor mínimo (X_{Min}) de 14 anos e um valor máximo ($X_{\text{Máx}}$) de 42 anos, com uma média de tempo de experiência ($\bar{x}$) 27,796 anos e o desvio padrão (σ) de 7,309 anos.

Tabela 10-Distribuição da amostra, por tempo de experiência profissional

	Frequência (n)	Média ($\bar{x}$)	Valor mínimo (X_{Min})	Valor máximo ($X_{\text{Máx}}$)	Desvio Padrão (σ)
Tempo de experiência profissional (anos)	49	27,796	14,00	42,00	7,3089

Nota - Distribuição da amostra estudada por tempo de experiência profissional. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.4.1.5. Contexto de prestação de cuidados

Segundo a tabela 11, conclui-se que os 89,8% dos enfermeiros que participaram no questionário trabalham no contexto de USF (n=44), sendo que os restantes 10,2% encontram-se a trabalhar em UCSP (n=5).

Tabela 11-Distribuição da amostra, por local de realização de prática clínica

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Contexto de prestação de cuidados	USF	44	89,8
	UCSP	5	10,2
	Total	49	100,0

Nota - Distribuição da amostra estudada por contexto de prestação de cuidados. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.4.2. Atitudes dos enfermeiros face à família, como unidade de cuidados

Na tabela 12 encontra-se o total de score obtido, relativamente às atitudes dos enfermeiros face às famílias, no qual se pode observar um score médio ($\bar{x}$) de 82,490 pontos, com um desvio padrão (σ) de 7,940. O score total mínimo (X_{Min}) obtido 66 pontos foi de e o score total máximo ($X_{\text{Máx}}$) foi de 95 pontos.

Em relação às dimensões:

- “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping”, o score médio de 40,591 pontos, com um desvio padrão de 4,924, o valor mínimo obtido foi 33 pontos e o máximo foi de 48 pontos.
- “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem”, o score médio obtido foi de 31,102 pontos, com um desvio padrão de 3,319, o valor mínimo de 23 pontos e o máximo foi de 36 pontos.
- “Família como um fardo” obteve um score médio de 7,388 pontos, com um desvio padrão de 1,834, e um valor mínimo de 4 pontos e máximo de 11 pontos.

Tais dados revelam que todos os inquiridos reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados e que apresentam atitudes de suporte face à família (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

Tabela 12 - Distribuição da amostra pelo score total da escala IFCE-AE

	Frequência (n)	Média ($\bar{x}$)	Valor mínimo (X_{Min})	Valor máximo ($X_{\text{Máx}}$)	Desvio Padrão (σ)
Família como um parceiro dialogante e recurso de coping	49	70,591	33	48	4,924
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	49	31,310	23	36	3,318
Família como um fardo	49	7,388	4	11	1,834
Score Total da escala IFCE-AE	49	82,490	60,00	95,00	7,940

Nota- Distribuição da amostra segundo a pontuação obtida nas dimensões da escala IFCE-AE e na sua totalidade. Fonte: Elaboração da autora (2026).

Em relação as dimensões, sobre a “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping”, o score médio de 40,591 pontos, com um desvio padrão de 4,924, o valor mínimo obtido foi 33 pontos e o máximo foi de 48 pontos. Na dimensão “Família como um recurso nos cuidados de enfermagem” o score médio obtido foi de 31,102 pontos, com um desvio padrão de 3,319, o valor mínimo de 23 pontos e o máximo foi de 36 pontos. Por último, a dimensão “Família como um fardo” obteve um score médio de 7,388 pontos, com um desvio padrão de 1,834, o valor mínimo de 4 pontos e o máximo foi de 11 pontos.

Tais dados revelam que todos os inquiridos reconhecem a importância da família como parte integrante no processo de cuidados e que apresentam atitudes de suporte face à família (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

4.4.3. Teste de hipóteses

As hipóteses foram testadas a partir da estatística inferencial, considerando a formulação da hipótese nula (H_0) e da hipótese alternativa (H_1), conforme recomendado pela literatura (Sampaio & Leoni, 2015).

Adotou-se um nível de significância de 0,05, amplamente utilizado em investigação, sendo que valores de $p < 0,05$ indicam evidência estatisticamente significativa contra a hipótese nula, afirmando a sua rejeição (Lins & Strapasson, 2024).

Antes de iniciar qualquer testagem de hipóteses foi utilizado o teste de Levene para avaliar a homogeneidade das variáveis em estudo (O'Neill & Matthews, 2002).

Deste modo, procedeu-se à realização dos testes de hipóteses, em que se analisaram as diferenças nas pontuações médias da escala IFCE-AE em função das variáveis sociodemográficas.

H1: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o género

Ao se analisar as variáveis conclui-se que a média obtida pelo género masculino ($\bar{x} = 86,50$; $\sigma = 8,225$) foi superior à do género feminino ($\bar{x} = 82,133$; $\sigma = 7,910$), devendo-se ter atenção com este resultado devido à baixa frequência amostral do género masculino ($n = 4$). Observa-se também não existe relação entre as variáveis presentes ($p = 0,297$) (tabela 13).

Tabela 13- Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o género

	Género	Frequência (n)	Média ($\bar{x}$)	Desvio Padrão (σ)	Teste t-student
Score total obtido no IFCE-AE	Masculino	4	86,500	8,225	$t = 1,055$; $p = 0,297^*$
	Feminino	45	82,133	7,910	

*Significância bilateral

Nota - Tabela que demonstra as médias obtidas na escala IFCE-AE, segundo o género da amostra, e que procura analisar se existe relação entre variáveis com base no teste paramétrico t-student. Fonte: Elaboração da autora (2026).

H2: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e a idade

Para a testagem desta hipótese, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e ao respetivo teste de significância. Observa-se uma correlação positiva de magnitude moderada entre a idade e o score total da escala IFCE-AE ($r = 0,40$), contudo esta correlação não é estatisticamente significativa ($p = 0,789$). Assim, não se verifica a existência de relação entre a idade do enfermeiro e atitudes perante a família como foco de cuidados (tabela 14).

Tabela 14- Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e a idade

Score total obtido no IFCE-AE (com base na média)	Correlação de <i>Pearson</i>	
	r	0,40
	p	0,789
	n	49

Nota - Tabela que apresenta a correlação entre a idade e o score total da escala IFCE-AE, com base no Coeficiente de correlação de *Pearson*. Fonte: Elaboração da autora (2026).

H3: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o grau académico

Atendendo à existência de mais de dois grupos na variável grau académico, foi aplicado o teste ANOVA para comparação das médias entre eles.

De acordo com os dados obtidos, verifica-se que a maior média pertencente à categoria “Pós-graduação” ($\bar{x}$ = 87,000 pontos), mas este resultado deve ser interpretado com cautela dado o seu tamanho amostral (n = 1); e a média mais baixa à categoria “Licenciatura” ($\bar{x}$ = 81,188 pontos). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias da escala IFCE-AE em função do grau académico (p = 0,285), não sendo possível rejeitar a hipótese nula (tabela 15).

Tabela 15 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o grau académico

	Grau académico	Frequência (n)	Média ($\bar{x}$)	Desvio padrão (σ)	Valor mínimo (X_{Min})	Valor máximo ($X_{Máx}$)	ANOVA
Score total obtido no IFCE-AE (com base na média)	Licenciatura	32	81,188	8,142	66,00	94,00	$F = 1,292$; $p = 0,285$
	Pós-Graduação	1	87,000	0	87,00	87,00	
	Mestrado	16	84,813	7,350	70,00	95,00	
	Total	49	82,490	7,940	66,00	95,00	

Nota - Tabela que demonstra as médias obtidas na escala IFCE-AE, segundo o grau académico da amostra, e que procura analisar se existe relação entre variáveis com base no teste paramétrico ANOVA. Fonte: Elaboração da autora (2026).

H4: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o tempo de exercício profissional

Recorrendo de novo ao cálculo do Coeficiente de correlação de *Pearson*, conclui-se que a correlação entre variáveis é desprezível, uma vez que $r = 0,08$ e que não há relação entre a atitude dos enfermeiros face à família e o tempo de exercício profissional ($p = 0,959$) (tabela 16).

Tabela 16 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o tempo de experiência profissional

Score total obtido no IFCE-AE (com base na média)	Correlação de <i>Pearson</i>	
	r	0,08
	p	0,959
	n	49

Nota - Tabela que demonstra as médias obtidas na escala IFCE-AE, segundo o tempo de experiência profissional da amostra, com recurso ao cálculo do Coeficiente de correlação de *Pearson*. Fonte: Elaboração da autora (2026).

H5: Existe relação estatisticamente significativa entre as atitudes dos enfermeiros face à família como foco de cuidados e o contexto de prestação de cuidados

Recorreu-se ao teste t de Student para amostras independentes por se comparar entre dois grupos independentes. Verifica-se que as médias obtidas são semelhantes entre os participantes das USF ($\bar{x}$ = 82,546; σ = 8,027) e das UCSP ($\bar{x}$ = 82,000; σ = 7,969). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no score total obtido em função do local de prática clínica ($p = 0,886$), não sendo possível rejeitar a hipótese nula.

Tabela 17 - Relação entre as atitudes do enfermeiro face à família e o contexto de prestação de cuidados

	Contexto de prestação de cuidados	Frequência (n)	Média ($\bar{x}$)	Desvio padrão (σ)	Teste t-student
Score total obtido no IFCE-AE (com base na média)	USF	44	82,546	8,027	t=0,144; p= 0,886*
	UCSP	5	82,000	7,969	

* Significância bilateral

Nota - Tabela que demonstra as médias obtidas na escala IFCE-AE, segundo o contexto de prestação de cuidados da amostra, e procura analisar se existe relação entre variáveis, com base na aplicação do teste paramétrico t-student. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.5. CRENÇAS DOS ENFERMEIROS SOBRE A FAMÍLIA

Segundo Fortin (2009), as questões de escrita livre possibilitam a obtenção de informação factual sobre acontecimentos, situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

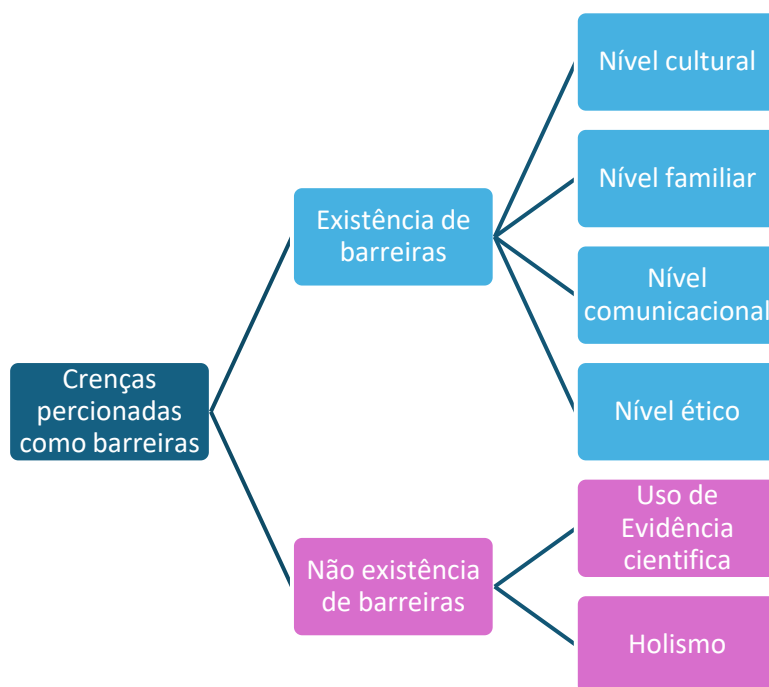
As questões formuladas pretenderam explorar as crenças dos enfermeiros com relação à família enquanto foco de cuidados, em três dimensões distintas:

- Existência de barreiras na interação com a família causadas pelas crenças do enfermeiro;
- Consequências positivas das crenças dos enfermeiros em relação à família na sua prática clínica diária;
- Significado do conceito da família, como unidade de cuidados, para os enfermeiros.

4.5.1. Existência de barreiras a interação da família causadas pelas crenças do enfermeiro

Relativamente à existência de barreiras na interação com a família enquanto unidade de cuidados, associadas às crenças dos enfermeiros, as respostas dividiram-se entre os participantes que identificam obstáculos decorrentes das suas crenças, especificando os níveis em que estes se manifestam e os que não reconhecem as suas crenças como fonte de barreira, referindo a forma como as adaptam para promover o envolvimento da família nos cuidados (figura 2).

Figura 2-Crenças percecionadas como barreiras pelos participantes



Nota - Categorização e subcategorização das barreiras percecionadas pela amostra, que originam nas suas crenças. Fonte: Elaboração da autora (2026).

Seguidamente, apresentam-se as categorias e subcategorias emergentes da análise categorial, ilustradas com excertos das verbalizações dos participantes, enquanto unidades de registo, de forma a sustentar empiricamente a interpretação dos dados.

Relativamente à cultura, nas quais se incluem diferenças ideológicas, religiosas e espirituais, os participantes identificaram onde as suas crenças poderiam constituir um obstáculo:

Acredito que a sociedade ainda não está preparada para aceitar as diferentes formas atuais da família.

E que isso traz implicações para os seus elementos. Eu própria tenho receio de achar que uma família constituída por exemplo, por dois homens poderá não proporcionar tudo o que a criança “necessita.”

(Q₃₂);

“Crenças sobre culturas diferentes que desconheço ou desconhecimento para lidar com ideologias de género.” (Q₂₆);

“Na minha prática os obstáculos que mais identifico como profissional de saúde e como pessoa são os julgamentos que faço e que podem afetar a relação terapêutica (...)” (Q₁);

“Crenças relacionadas com valores culturais, as minhas experiências pessoais podem influenciar, ainda de forma inconsciente, a forma como interpreto comportamentos.” (Q₁₂);

“As crenças que podem criar obstáculos na prática de Enfermagem podem estar relacionadas com o desconforto com a espiritualidade e temas culturais.” (Q₂₅).

Relativamente à família, os participantes detetaram que as suas crenças a nível familiar podem constituir obstáculos, explicando que existe maior dificuldade em envolver as famílias quando estas são demasiado protetoras ou quando os seus limites são demasiado rígidos:

“Creio sempre que a família “acha” que somos a solução dos problemas dos utentes e nem sempre assim é, pois, o cuidado ao utente envolve sempre os outros membros da família e todo o meio envolvente.” (Q₁₇);

“Onde tinha mais dificuldade, talvez seja no aspeto de comportamentos paternalistas, quando sei que o melhor para o utente é determinada ação e eles agem de maneira diferente (...)” (Q₂₂);

“As minhas crenças por vezes chocam e contrariam as crenças dos utentes. Por vezes é muito difícil traçar um plano de cuidados com famílias renitentes à mudança e muito enraizadas nas suas crenças e história.” (Q₄₇);

“Dificuldade em obter dados de acompanhamento do utente em domicílio. Colaboração na continuidade dos cuidados.” (Q₅₅).

A nível da comunicação, os participantes reconhecem que as suas crenças podem influenciar a forma como comunicam, verbal e não verbalmente, constituindo um obstáculo na interação com as famílias.

“As minhas crenças pessoais podem emergir na forma como interpreto comportamentos, como faço perguntas ou como aconselho as famílias. (...)” (Q₄);

“Crenças que desvalorizam o cuidado emocional, levando a abordagens frias e mecânicas.” (Q₃₇);

Por último, vários participantes sentem-se confrontados diariamente com questões éticas e decisões que as famílias tomam, que geram conflito interno entre as suas crenças e os direitos de tomada de decisão das famílias, principalmente a nível da temática da vacinação:

Conflito com a autonomia do paciente, às vezes tenho dificuldade em respeitar a decisão dos utentes

- recusa por exemplo na vacinação- dos utentes e/ou filhos - o que me cria por vezes conflito ético

entre a consciência, o meu dever profissional de respeitar a decisão/vontade da autonomia do utente.

(Q₁₃);

“(...) Recusa de tratamentos e não adesão, por exemplo ao plano de vacinação (...)” (Q₆₂).

A maioria dos enfermeiros que consideram que as suas crenças não constituem barreiras à sua prática fundamenta essa posição na integração da PBE, ajustando as suas crenças pessoais à evidência científica disponível, com o objetivo de promover cuidados de qualidade ao utente e à sua família.

“(...) Sempre que percebo que o utente procura esse tipo de resposta, reflito com conhecimento científico e tentamos agilizar uma resposta nesse sentido” (Q₄₀);

“Tento basear toda a minha prática de enfermagem não em crenças, mas em base e evidência científica, para as minhas crenças não serem obstáculo para a prática.” (Q₃₉);

“As crenças fazem parte do ser humano, mas como enfermeiros temos que conseguir separar o que são as nossas crenças e o que existe de evidência científica, dando primazia aos dados com base na ciência.” (Q₈).

Outra estratégia utilizada pelos enfermeiros para evitar que as suas crenças se tornem obstáculos na sua prática é o uso do holismo, e a avaliação da família em todas as suas dimensões:

“Não considero que as minhas crenças tragam obstáculos para a minha prática de enfermagem. Cada caso é um caso e cada família é uma família com todas as suas vivências e envolvências pelo que me preocupa em não fazer juízos de valor.” (Q₄₄);

“(…) Olho para as pessoas que tenho à minha frente como seres humanos de forma holística e de que forma as posso ajudar.” (Q₁₀);

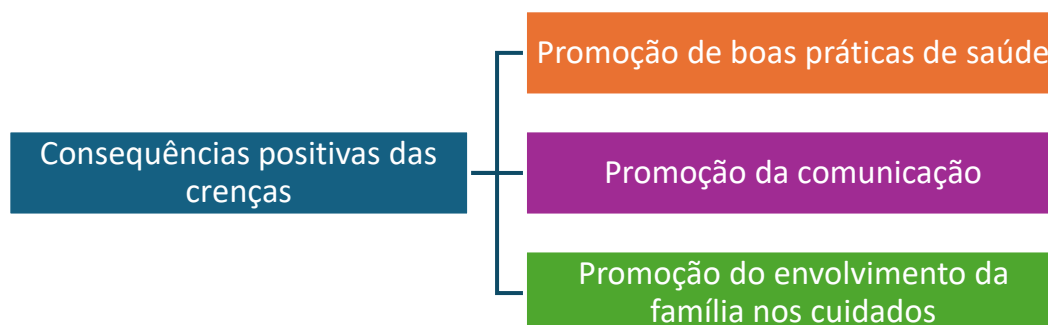
“Na minha prática diária procuro sempre as minhas crenças não influenciem os cuidados, tentando sim compreender as crenças do utente/ família para conseguir implementar os melhores cuidados.” (Q₄₃).

“(…) O enfermeiro deve ter uma intervenção holística, cuidando da família como um todo, ao longo de todo o ciclo vital promovendo a saúde e prevenindo doenças.” (Q₂₅).

4.5.2. Consequências positivas das crenças dos enfermeiros em relação à família, na sua prática clínica diária

Foram identificadas três categorias que os participantes associam a consequências positivas do uso das suas crenças na prática clínica: Promoção de boas práticas de saúde; promoção da comunicação; e promoção do envolvimento da família nos cuidados (figura 3).

Figura 3 - Consequências positivas das crenças, percecionadas pela amostra



Nota - Categorização das consequências positivas resultantes das crenças da amostra acerca da perceção da família, como unidade de cuidados. Fonte: Elaboração da autora (2026).

De referir que alguns dos enfermeiros que não viram as suas crenças como obstáculos, afirmaram também não ver consequências positivas das mesmas no seu dia-a-dia:

“Não tenho exemplo nessa área.” (Q₄₀);

“Não tenho exemplos a mencionar atendendo à resposta que dei anteriormente.” (Q₄₂);

“As crenças pessoais não são envolvidas nos cuidados de utente, apenas os conhecimentos.” (Q₅₃).

A maioria dos participantes revela que a promoção de boas práticas para o indivíduo e respetiva família é uma consequência das crenças que possuem e da sua influência positiva nos cuidados:

A parceria com as famílias é essencial no processo de cuidados ao utente, levando a uma maior adesão e à promoção de saúde. Respeito pela diversidade cultural, tentando sempre entender que cada

pessoa é uma pessoa diferente com a sua cultura e as suas crenças - esse respeito por construir confiança e melhora a comunicação, e pode levar a que todos construamos planos de saúde mais reais e aceitáveis para as famílias. (Q₂₂);

Eu, enquanto profissional de enfermagem acredito na importância da abordagem ao nível familiar relativamente à prestação de cuidados de um utente diabético (inserindo/ incluindo) a família no plano de cuidados com o objetivo da reavaliação alimentar, no contexto familiar. A família sentiu-se valorizada e houve uma franca melhoria no controle glicémico da utente e todos os membros da família acabaram por adotar estilos de vida mais saudáveis. (Q₁₃).

A promoção da comunicação, quer entre elementos da família quer entre o enfermeiro e a família, foi um dos aspetos apontado pelos participantes como uma consequente positiva da aplicação das suas crenças na prática clínica:

“A minha crença no valor do diálogo, na educação para a saúde como ferramenta poderosa e no respeito pelas diferenças permitem-me aumentar a literacia das famílias, fortalecer a relação terapêutica com elas e criar confiança.” (Q₄);

“Na valorização do diálogo aberto e respeitoso entre os membros da família. Acredito que uma comunicação clara é fundamental.” (Q₁₂).

Os participantes também referem que as suas crenças contribuem para a promoção do envolvimento das famílias nos cuidados, potenciando um planeamento mais estruturado e abrangente dos cuidados ao utente, com impacto positivo nos resultados.

“Ex: crença de que a família é parte ativa e fundamental para o planeamento de cuidados de enfermagem no idoso com dependência grave.” (Q₂₆);

“Ver o individuo como ser ativo na gestão de saúde e fomentar a capacidade de o próprio gerir o seu próprio cuidado, envolvendo a família.” (Q₂₄).

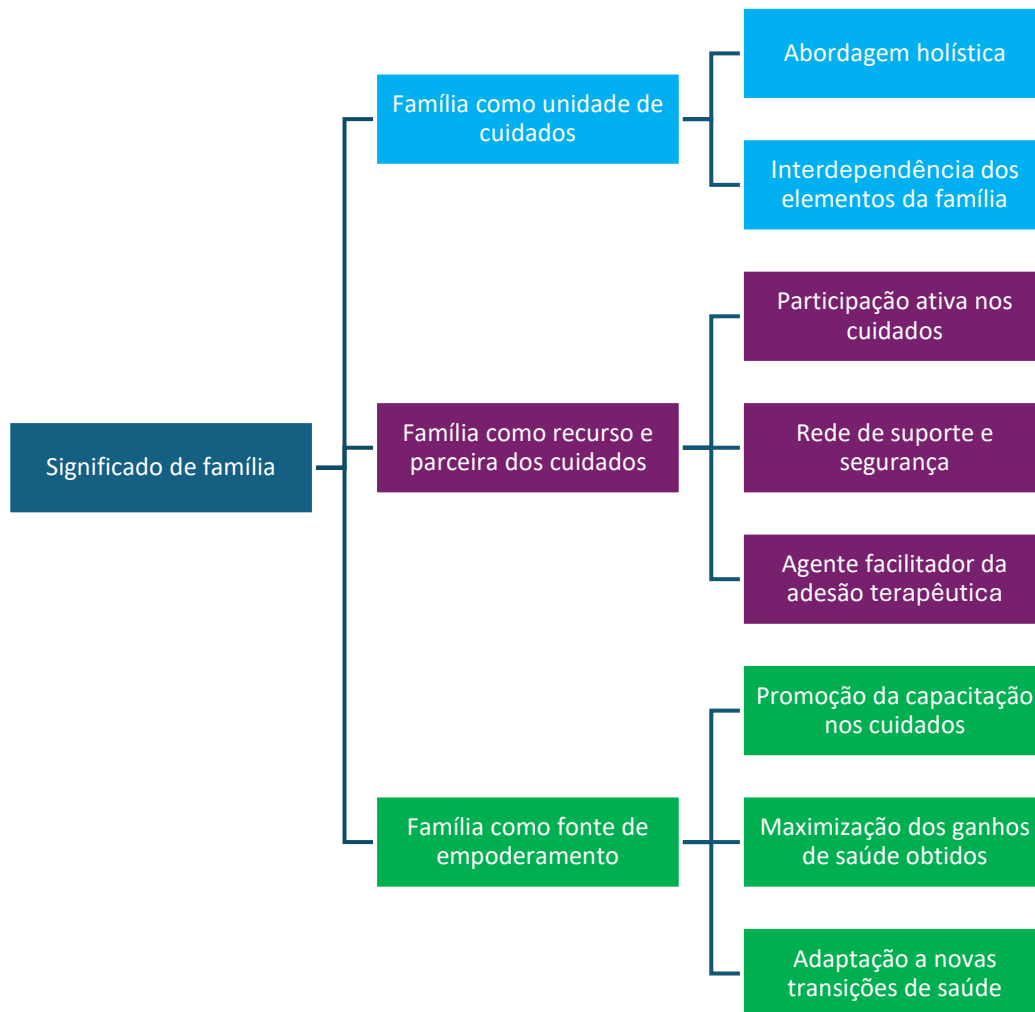
Considero a família a nossa maior “riqueza” e o nosso melhor “posto de abrigo”, pelo que entendo a família como o nosso melhor aliado na promoção da saúde do indivíduo tanto pelo auxílio que nos possa conceber, como pela “retaguarda familiar” que possa conceder a cada um dos seus elementos.
(Q₄₄)

4.5.3. Significado da família, como unidade de cuidados, para os enfermeiros

Todos os participantes consideram a família como um fator positivo de extrema importância nos cuidados prestados. As respostas obtidas foram categorizadas em: Família como unidade de cuidados; família como

recurso e parceira dos cuidados; e família como fonte de empoderamento, e respetivas subcategorias, como se pode observar na figura 4.

Figura 4- Significado de família, como unidade de cuidados, para a amostra



Nota - Categorização e subcategorização do significado do conceito de família, como unidade de cuidados, para os participantes. Fonte: Elaboração da autora (2026).

Os participantes identificaram a família como unidade de cuidados, entendida como um sistema constituído por elementos interligados e interdependentes. Esta categoria subdivide-se em duas subcategorias que sustentam esta perspetiva - a abordagem holística e a interdependência dos elementos da família. (tabela 18).

Tabela 18 - Subcategorização da categoria "Família como unidade de cuidados"

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Família como unidade de cuidados	Abordagem holística	"Considero que é muito importante cuidar do utente de forma holística e, como tal, sempre inserido no contexto e envolvimento familiar..." (Q₃₈) Significa um cuidado/ abordagem mais holística, no sentido em que os seus membros integrem ativamente o plano terapêutico sendo, por vezes, também a família o agente de mudança e sistema de suporte para o individuo em processo de doença. Implica mudança

		do cuidado individual para uma visão/ cuidado global, entendendo qual o impacto da doença em todos os seus membros." (Q ₇)
	Interdependência dos elementos da família	"A família como sistema tem que ser considerada pois cada membro influencia o outro e a mudança de um reflete-se nos outros." (Q ₁) "No seu dia-a-dia valorizo a família como um sistema, não como peças soltas. Acredito que a doença e o bem-estar de um elemento influenciam todos os outros, levando a intervenções mais integradas." (Q ₅₀)

Nota - Tabela onde se encontra a subcategorização da categoria "Família como unidade de cuidados" e respetivas unidades de registo. Fonte: Elaboração da autora (2026).

Outro significado dado à família pelos participantes foi a relevância como recurso e parceria para a promoção de saúde e prevenção da doença no utente, justificando a sua importância na colaboração ativa nos cuidados, rede de suporte e segurança ao utente e como agente facilitador para a adesão terapêutica (tabela 19).

Tabela 19 - Subcategorização da categoria "Família como recurso e parceira nos cuidados"

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Família como recurso e parceira nos cuidados	Participação ativa nos cuidados	"Quando a família participa e colabora nos cuidados há uma melhoria significativa" (Q ₂₁) "Deve ser vista como parte responsável pela saúde dos seus membros e para isso deve ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar pois ele é o principal proporcionador de saúde." (Q ₃)
	Rede de suporte e segurança	"A família é o apoio e a segurança para com o utente." (Q ₅₁) "Necessitamos da família quer como rede de suporte, quer na prevenção, quer na educação e capacitação para o trabalho conjunto tenha impacto no tratamento ou no planeamento de cuidados." (Q ₄₀)
	Agente facilitador da adesão terapêutica	"A família é a pioneira no contexto de aprendizagem, proteção e suporte, influenciando procedimentos, comportamentos de saúde, a adesão terapêutica e o bem-estar emocional dos seus membros." (Q ₅₀) "A família funciona como um elo utente-enfermeiro, poderá e deverá ser ainda um reforço para que o doente cumpra à "adesão do regime terapêutico". A família deve também envolver-se e responsabilizar-se pelo tratamento do doente." (Q ₄₂)

Nota - Tabela onde se encontra a subcategorização da categoria "Família como recurso e parceira nos cuidados" e respetivas unidades de registo. Fonte: Elaboração da autora (2026).

Por último, os participantes identificaram a família como fonte de empoderamento ao utente, tornando-se um elo fundamental para a sua capacitação nos cuidados de saúde, permitindo a maximização dos ganhos de saúde obtidos e à adaptação a novas transições de saúde com maior sucesso (tabela 20).

Tabela 20 - Subcategorização da categoria "Família como fonte de empoderamento"

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Família como fonte de empoderamento	Capacitação nos cuidados	"O Enfermeiro deve educar e capacitar a família de forma a gerir a saúde e a cuidar dos seus membros." (Q ₂₅) "É de máxima importância valorizar e capacitar os familiares a participar e serem ativos nos cuidados, pois penso que o bem-estar e o envolvimento familiar está intrinsecamente ligado ao bem-estar e saúde do utente." (Q ₂₂)

	Maximização dos ganhos de saúde obtidos	“Fundamentalmente se envolver toda a família no ato do cuidar do utente como foco e como um todo, estou a contribuir para ganhos em saúde e ganhos na relação familiar.” (Q₄₆) “Ao cuidar da família como um todo contribuo para a obtenção de ganhos em saúde que ultrapassam o individuo isolado.” (Q₁₂)
	Adaptação a novas transições de saúde	“Também porque fornece apoio emocional, segurança e estabilidade fundamentais em todas as etapas do ciclo de vida” (Q₃) “O meu objetivo é o fortalecimento das capacidades da família para lidar com os desafios de saúde ou transições e que esta se torne mais autónoma, funcional e resiliente.” (Q₄)

Nota - Tabela onde se encontra a subcategorização da categoria "Família como fonte de empoderamento" e unidades de registo que integram tais subcategorias. Fonte: Elaboração da autora (2026).

4.5.4. Integração dos dados quantitativos e qualitativos

O método de convergência paralela foi utilizado neste estudo por constituir uma estratégia em que os dados quantitativos e qualitativos são recolhidos e analisados de forma independente, sendo posteriormente integrados na fase de interpretação, com o objetivo de comparar, confirmar ou complementar os resultados obtidos (Guetterman et al., 2015).

Para a sua aplicação, Susanto et al. (2024) referem a necessidade de cumprimento de quatro requisitos:

- Recolha simultânea de dados: os dados quantitativos e qualitativos são recolhidos simultaneamente sem se influenciarem mutuamente;
- Análise separada: os dados de ambos os métodos são analisados independentemente antes de serem integrados;
- Integração dos resultados: os resultados de ambos os métodos são combinados para fornecer uma imagem mais completa e válida;
- Validação dos dados: os dados quantitativos e qualitativos apoiam-se mutuamente para reforçar a validade das conclusões.

O cumprimento de tais requisitos oferece uma oportunidade de explorar o mesmo fenómeno a partir de duas perspetivas diferentes em paralelo e cria uma abordagem eficaz para obter resultados de investigação mais completos e credíveis (Susanto et al., 2024).

Como tal, a análise dos dados permite concluir que as crenças e as atitudes dos enfermeiros estão intrinsecamente interligadas, no qual as primeiras funcionam como um referencial interno que molda a postura profissional. Esta relação é suportada pelos dados quantitativos, onde se observa que a maioria dos enfermeiros apresenta uma atitude positiva face à família, independentemente das suas características sociodemográficas, refletindo-se também quando é abordada a questão qualitativa sobre o significado da família, como unidade de cuidados, aos participantes.

Todavia, identificou-se que as crenças dos enfermeiros operam de forma dicotómica pois, por um lado, estas podem atuar como impulsionadoras de práticas promotoras de saúde, mas por outro, configuram-se como barreiras invisíveis quando chocam com a diversidade das crenças dos utentes e respetivas famílias, podendo conduzir a intervenções que não tenham o sucesso desejado pelos profissionais. Observa-se que alguns dos participantes tentam evitar tais obstáculos, integrando a PBE e modelos teóricos como o holismo para colmatar potenciais barreiras que as suas crenças possam criar na sua prática diária.

4.6.DISSCUSSÃO

No presente projeto de investigação participaram 49 enfermeiros a exercerem funções numa ULS da região centro do país no contexto de CSP.

Relativamente ao género dos inquiridos, 91,8% identificam-se sendo do género feminino e os restantes 8,2% do masculino. Tal informação está de acordo com o anuário da OE (2025), onde 82,9% dos enfermeiros são do género feminino, assim como os valores obtidos noutros estudos: 86,7% no estudo de Oliveira et al., 2011; 88,5% no estudo de Silva et al., 2013; 86,9% no estudo de Fernandes et al., 2015; 80% no estudo de Nobokuni et al., 2021. Noutros, ainda, as diferenças entre géneros são tão expressiva como no presente estudo: 96,7% no estudo de Cao et al., 2018; 90,5% no estudo de Shamali et al., 2023; 95,3% no estudo de Trulsson et al., 2023.

Relativamente à idade, a amostra apresenta um valor mínimo de 27 anos e um máximo de 67 anos, com uma média de 50,31 anos. Estes dados revelam uma tendência etária superior à descrita no anuário OE (2025), no qual as faixas etárias mais prevalentes se situam entre os 36-40 e os 41-45 anos, sendo menos representadas as faixas dos 66-70 anos e acima dos 70 anos. Verifica-se igualmente discrepância face a estudos nacionais, nos quais se reportam médias de idade inferiores, nomeadamente 35,87 anos (Oliveira et al., 2011), 40,59 anos (Silva et al., 2013) e 38,60 anos (Fernandes et al., 2015). A nível internacional, os resultados seguem a mesma tendência, com Shamali et al. (2023) a identificarem maior prevalência na faixa etária dos 41-50 anos e Trulsson et al. (2023) a reportarem que 55,0% dos participantes tinham idade igual ou inferior a 40 anos.

Este resultado poderá refletir o envelhecimento progressivo da população em Portugal, aliado ao aumento da idade de reforma, o que tem contribuído para a permanência de profissionais mais velhos no ativo e, consequentemente, para o aumento da média etária dos participantes (DR, 2024; INE, 2025).

Em relação ao grau académico, 65,3% dos participantes possuíam exclusivamente a licenciatura, sendo que 32,7% possuíam o mestrado e 2,0% a pós-graduação. Estes resultados são consistentes com os dados do anuário da OE (2025), onde a maioria dos enfermeiros possui o grau de licenciatura (74,48%), seguindo-se o mestrado (11,85%). De igual modo, estudos nacionais evidenciam uma predominância de enfermeiros licenciados, embora com alguma variabilidade: Oliveira et al. (2011) reportam 56,7% de licenciados e 43,3% de especialistas; Silva et al. (2013) identificam 90,9% de licenciados e 27,8% com formação pós-licenciatura ou especialidade; e Fernandes et al. (2015) referem 96,9% de licenciados, com reduzida representação de outros graus académicos. A nível internacional, observa-se uma tendência semelhante, com predominância do grau de licenciatura: 84,4% em Shamali et al. (2023), 74,4% em Trulsson et al. (2023) e 50% em Nobokuni et al. (2021), sendo os restantes participantes detentores de graus académicos superiores, como especialidade, mestrado ou doutoramento.

Acerca da experiência profissional, o valor mínimo obtido foi de 14 anos e o valor máximo de 42 anos, sendo que a média de tempo de experiência é 27,796 anos. Estes valores são superiores aos de outros estudos (12,03 de Oliveira et al., 2011; 16,37 de Silva et al., 2013; 16,2 de Fernandes et al., 2015), podendo este facto ser explicado pelo facto de a idade média dos participantes deste estudo ser superior, o que pode significar maior tempo de experiência profissional.

Por último, no que diz respeito ao local de realização da prática clínica, 89,8% dos enfermeiros que participaram no estudo exercem numa USF, sendo que os restantes 10,2% encontram-se a trabalhar em UCSP. Comparativamente a outros estudos, alguns foram realizados em contexto hospitalar (Fernandes et al., 2015; Nobokuni et al., 2021; Trulsson et al., 2023), enquanto outros decorreram exclusivamente em contexto de CSP (Oliveira et al., 2011; Silva et al., 2013). Existem ainda estudos com contextos mais abrangentes, como o de

Cao et al. (2018), que integrou participantes dos contextos hospitalar e académico, e o de Shamali et al. (2023), que incluiu contextos hospitalares e de CSP.

Em relação à pontuação obtida na escala IFCE-AE e respetivas dimensões, os valores obtidos no presente estudo e noutros estudos encontra-se na tabela 21. Ao analisar a tabela, denota-se que a dimensão “Família como um parceiro dialogante e recurso de coping” teve um valor mais elevado comparado com os valores de Oliveira et al. (2011), Fernandes et al. (2015), Shamali et al. (2022) e Trulsson et al. (2023), mas menor a Silva et al. (2013). Já a dimensão “Família como recurso nos cuidados” foi semelhantes a todos os outros estudos, exceto o de Silva et al., (2013) e, por último, o valor da dimensão “Família como um fardo” foi semelhante aos de Oliveira et al. (2011) e Trulsson et al. (2023) e inferior aos de Silva et al. (2013), Fernandes et al. (2015) e Shamali et al. (2023) (tabela 23).

Em relação ao score total médio (82,49 +/- 7,94), este enquadra-se nos valores obtidos pelos vários estudos, sendo considerado como um valor que demonstra as atitudes positivas dos enfermeiros em relação à família (Benzein et al., 2008; Oliveira et al., 2011).

Tabela 21 - Scores obtidos na escala IFCE-AE e respetivas dimensões

Scores obtidos		Presente estudo	Oliveira et al. (2011)	Silva et al. (2013)	Fernandes et al. (2015)	Shamali et al., (2023)	Trulsson et al. (2023)
Dimensão 1- Família como um parceiro dialogante e recurso de coping	Valor máximo	48	47	100	Não especificado	Não especificado	47
	Valor mínimo	33	34	30,60	Não especificado	Não especificado	34
	Média e desvio padrão	70,59+/- 4,92	39,53 +/- 3,73	73,33+/- 11,97	36,4 +/- 4,03	38,3 +/- 6,3	39,53 +/- 3,73
Dimensão 2- Família como recurso nos cuidados	Valor máximo	36	38	100	Não especificado	Não especificado	38
	Valor mínimo	23	28	36,70	Não especificado	Não especificado	28
	Média e desvio padrão	31,31+/- 3,32	33,43 +/- 2,94	76,48+/- 12,61	30,6 +/- 3,03	29,4+/- 5,3	33,34+/- 2,94
Dimensão 3- Família como fardo	Valor máximo	11	12	66,70	Não especificado	Não especificado	12
	Valor mínimo	4	4	0,00	Não especificado	Não especificado	4
	Média e desvio padrão	7,39+/- 1,83	7,70+/- 2,44	21,60+/- 15,19	12,2 +/- 1,76	15,2+/- 3,2	7,70+/- 2,44
Score total obtido na escala	Valor máximo	95	95	Não especificado	104	Não especificado	95
	Valor mínimo	60	68	Não especificado	65	Não especificado	68
	Média e desvio padrão	82,49 +/- 7,94	80,67 +/- 6,11	Não especificado	79,2 +/- 7,5	98,4+/- 15	90,67+/- 6,11

Nota - Comparação entre os valores obtidos no presente estudo nas três dimensões da escala do IFCE-AE, assim como o score total, e comparação destes valores com os estudos de Oliveira et al. (2011), Silva et al. (2013), Fernandes et al. (2015), Shamali et al. (2022) e Trulsson et al. (2023). Fonte: Elaboração da autora (2026).

Este facto é refletido nas crenças positivas que os participantes demonstraram acerca das famílias como foco de cuidados. O profissionais de enfermagem percecionaram o conceito de família segundo três categorias:

Família como unidade de cuidados, associada à abordagem holística e à interdependência dos elementos da família; família como recurso e parceira dos cuidados, ao participar ativamente nos cuidados, sendo rede de suporte e segurança e agente facilitador da adesão terapêutica; e família como fonte de empoderamento ao promover a capacitação nos cuidados, a maximização dos ganhos de saúde obtidos e a adaptação a novas transições de saúde.

Esta perceção está em conformidade com o que a evidência científica sugere. Camargo et al. (2025) realizaram uma revisão sistemática enquadrada no projeto “Desenvolvimento de um Subconjunto terminológico da CIPE® para o Processo Familiar Prejudicado”, onde concluíram que, no âmbito da disciplina de enfermagem, as funções da família se categorizam em quatro grupos: família como modelo de relações humanas; família como estrutura para o desenvolvimento e manutenção de seus membros; família como base para equilíbrio emocional; e família como local de refúgio de tensões.

Adicionalmente, três categorias foram obtidas acerca das consequências positivas associadas à prática baseada nas crenças dos enfermeiros em relação à família: Promoção de boas práticas de saúde; promoção da comunicação; e promoção do envolvimento da família nos cuidados.

O enfermeiro, ao valorizar os aspetos positivos da abordagem à família nos cuidados, contribui para a manutenção de uma vida quotidiana normal da pessoa, assim como reforça a motivação e o suporte emocional. O conhecimento da família sobre a pessoa, aliado à sua integração através da empatia, escuta ativa, negociação e planeamento colaborativo, revela-se essencial para uma abordagem sistémica (Figueiredo, 2023; Macedo et al., 2024; Trulsson et al., 2023). Nobokuni et al. (2021) e César-Santos et al. (2024) acrescem que a participação ativa familiar e o seu empoderamento também promovem a adesão a comportamentos de saúde e à terapêutica, permitindo a criação de um plano de cuidados que valoriza as perspetivas e individualidades das famílias.

Em relação à testagem de hipóteses, no presente estudo não foi encontrada nenhuma relação entre as características sociodemográficas da amostra e as atitudes que possuem acerca da família como foco dos cuidados. Este resultado é controverso, pois existem estudos que comprovam que características como maiores habilitações académicas, maior idade e maior tempo de exercício profissional, podem influenciar as atitudes dos enfermeiros (Oliveira et al., 2011; Shamali et al., 2026; Silva et al., 2013; Trulsson et al., 2023). No estudo de Fernandes et al. (2015), que não se encontrou evidência desta relação, sendo que os autores mencionam existir outros fatores que influenciem as atitudes dos enfermeiros.

Cao et al. (2018) e Timoeteo et al. (2023) referem que muitas crenças se desenvolvem nas fases iniciais do ciclo de vida, podendo influenciar, de forma inconsciente, as atitudes dos indivíduos. Este fator é igualmente reconhecido por autores como Oliveira et al. (2011), Silva et al. (2013) e Fernandes et al. (2015), que destacam a importância dos contextos individuais na prática clínica dos enfermeiros. Assim, a experiência pessoal e a forma como cada enfermeiro conceptualiza a família influenciam as atitudes face à mesma, não sendo “possível falar de atitudes sem ter em conta as experiências de vida de cada indivíduo” (Alves, 2011, citado por Fernandes et al., 2015, p. 143).

Neste estudo foram identificadas crenças que podem ser consideradas como obstáculos e condicionantes ao envolvimento da família nos cuidados, a nível cultural, familiar, comunicacional e ético.

Culturalmente em Portugal, a sociedade visualiza a família como um fator positivo, pois o conceito de “família” costuma ser caracterizado pelo enraizamento dos elementos que a compõem, alicerçado por laços e conexões fortes entre si, em comparação com outros países (Shamali et al., 2023).

Como tal, ao interagir com famílias culturalmente diferentes, apesar de os enfermeiros possuírem conhecimento relativamente à aceitação de outras culturas, religiões e ideologias, poderá ocorrer um choque entre as diferenças culturais e a criação de estereótipos, que dificultam o planeamento de cuidados (Gomes et al., 2023; Teixeira et al., 2024).

Os obstáculos a nível familiar podem existir em casos de famílias cujos limites não estão devidamente estabelecidos (Alarcão, 2002). No caso das famílias com limites difusos, a avaliação individual é dificultada pelo envolvimento excessivo dos restantes elementos da família, o que compromete a criação de um plano de cuidados devido e a tomada de decisão da pessoa, que pode ser colocada em segundo plano em comparação com as decisões que a restante família toma. Ao invés disto, nas famílias rígidas, existe menor flexibilidade adaptativa, o que conduz a uma menor aceitação de intervenções de enfermagem, por desconfiança e pela criação de conflitos (Alarcão, 2002; César-Santos et al., 2025; Nobokuni et al., 2021).

A nível comunicacional, Figueiredo (2023), Trulsson et al. (2023) e Macedo et al. (2024) identificaram como causa principais as barreiras linguísticas, ao uso de linguagem demasiado técnica e ausência de mediadores, o que levava a constrangimentos para ambas as partes, à dificuldade em gerir emoções e à diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

Quando identificaram obstáculos a nível ético, os participantes focaram-se mais na temática da vacinação. Constantemente a intervenção do enfermeiro levanta desafios éticos, nomeadamente na gestão da confidencialidade, no respeito pela autonomia e na mediação da influência familiar na decisão, sendo a não adesão às vacinas um fenómeno antigo, mas crescente devido à desinformação e às redes sociais, que se tem vindo a tornar numa maior preocupação a nível nacional e internacional (Santos & Hespanhol, 2013; Vidal et al., 2025).

Apesar destes obstáculos, alguns dos participantes referem utilizar abordagens baseadas na PBE e no holismo como forma de ultrapassar os obstáculos causados pelas suas crenças.

A PBE constitui uma abordagem fundamental, na medida em que valoriza a família com base na melhor evidência científica disponível, contribuindo para uma tomada de decisão mais fundamentada e para a minimização da influência de valores pessoais nos cuidados (Cao et al., 2018; Santos et al., 2022). Por sua vez, a abordagem holística tem vindo a ser reforçada nos CSP, em resposta às necessidades de saúde, considerando o indivíduo como um todo e integrando a sua família nos cuidados (César-Santos et al., 2024; Gottlieb, 2016; OMS, 2024).

A adoção destas abordagens permite uma prestação de cuidados mais ajustada à família, baseada na avaliação das suas necessidades individuais e familiares. Deste modo, é possível desenvolver estratégias de intervenção que respeitam não só as dimensões física e emocional, mas também as crenças das famílias, minimizando a influência das crenças e atitudes dos enfermeiros como potenciais obstáculos (Cao et al., 2018; César-Santos et al., 2024; Teixeira et al., 2024).

4.7.CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos, pode-se concluir que todos os participantes, independentemente das suas características sociodemográficas e dos obstáculos causados pelas suas crenças, são defensores de uma abordagem que permita o envolvimento da família e reconhecem as vantagens que os cuidados prestados com a família como foco possuem. De referir que tais dados vão de encontro com as normas nacionais e internacionais que procuram valorizar o cuidado focado nas famílias (ICN, 2025; IFN,2015; OE,2018; OE; 2019).

Existiram limitações para a realização deste estudo, nomeadamente as limitações impostas pela comissão de ética da ULS, que não permitiram analisar dados sociodemográficos como o estado civil, a área de especialização dos participantes e se possuam formação em ESF, assim como muitos dos participantes consideraram as questões do IFCE-AE muito gerais, pois havia momentos em que as questões, por serem de autopreenchimento, limitaram as suas respostas sobre as atitudes em relação aos tipos diferentes de família que abordam diariamente. A falta de estudos sobre a temática das crenças em CSP, da perspetiva do enfermeiro, foi também um limite existente.

Todavia considera-se que foi possível demonstrar a relação que existe entre as crenças e atitudes dos enfermeiros e a sua perspetiva acerca da família como foco de cuidados.

4.8.IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Dado as condicionantes que foram identificadas, considera-se que este estudo permita apoiar o desenvolvimento de intervenções voltadas para a formação e criação de instrumentos que permitam ao enfermeiro encarar as famílias sem que as suas crenças e atitudes se tornem um obstáculo. Apesar de as crenças, comparativamente às atitudes, serem características mais enraizadas dentro do subconsciente das pessoas, não implica que sejam imutáveis, sendo possível evitar a criação de obstáculos, como foi o caso do uso da abordagem com base PBE e do holismo pelos participantes como forma de mitigar o peso das crenças pessoais menos favoráveis ao reconhecimento da família como foco de cuidados.

Acredita-se ser também pertinente a criação de ferramentas que permitam demonstrem como as crenças e atitudes dos enfermeiros se refletem em comportamentos e intervenções à família, principalmente a nível de instrumentos e indicadores específicos para o EEECESF, a fim de conferir maior visibilidade à prática da presente especialidade.

CONCLUSÃO

O presente relatório engloba o percurso académico e profissional desenvolvido ao longo do 8º Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Neste reflete-se tanto as competências teóricas adquiridas na formação académica como também a sua articulação com a prática clínica e com a investigação em enfermagem.

Ao longo do estágio foi possível compreender a importância do papel do EEECESF na transformação do paradigma de cuidados, promovendo uma visão mais abrangente, que ultrapassa a simples abordagem da doença e do foco no indivíduo, para se focar na saúde da família como um todo.

A contextualização da USF onde decorreram os estágios permitiu integrar-me num ambiente de trabalho diferente daquele ao qual estou habituada, onde precisei de identificar necessidades do utente e respetiva família com base nas especificidades e referenciais teóricos do ESF.

O estudo de caso de uma família permitiu-me compreender a importância do uso de teorias, modelos e instrumentos de avaliação e intervenção familiar para sustentar a minha prática clínica e o meu pensamento crítico, sempre priorizando a abordagem centrada na família como unidade de cuidados e foco de intervenção.

O projeto de investigação proporcionou momentos de articulação entre a teoria e a prática, produzindo conhecimento relevante para a disciplina de Enfermagem, melhorando a minha prática, ao reconhecer a importância das crenças e atitudes quando interajo com as famílias, e para o desenvolvimento das competências gerais e específicas do EEECESF. Este projeto permitiu também reforçar a importância de uma PBE onde é necessário um investimento constante na investigação de enfermagem para a sua evolução como disciplina.

Dado o desenvolvimento das competências gerais e específicas do EEECESF, tanto a nível da prática clínica, ao usufruir de todas as oportunidades possíveis para incluir as famílias nos meus cuidados, que ao nível de desenvolvimento de uma PBE e utilização de instrumentos pertinentes, considera-se que os objetivos gerais e específicos inicialmente propostos foram concretizados.

Para além dos limites referidos previamente ao projeto de investigação, algumas limitações para a criação deste relatório foram principalmente a nível de tempo, o não acesso à plataforma que permitia analisar e gerir a lista de utentes e suas patologias, que impediu a realização da caracterização das famílias do ficheiro da enfermeira orientadora, e devido à reduzida experiência prévia no campo da investigação de enfermagem, contudo acredito que foram colmatada graças ao apoio providenciado e à pesquisa bibliográfica utilizada.

Em suma, este processo de formação pessoal e profissional proporcionou momentos de crescimento e de enriquecimento para a minha prática clínica, ao conseguir futuramente, enquadrar de forma mais fácil a família no processo dos cuidados, tornando a minha prática diária mais abrangente e inclusiva às características únicas de cada um.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência para a Integração Migrações e Asilo (2025). *Relatório de Migrações e Asilo 2024*.
<https://aima.gov.pt/media/pages/documents/fec4d6a712-1760603125/relatorio-migracoes-e-asilo-2024.pdf>
- Aguiar, C., Barbosa, M., Queiroz, S., & Santos, R. (2021). Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(64), 5604–5615.
<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>
- Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios Familiares*. (3ª ed). Edições Quarteto
- Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). *The Health Belief Model of Behaviour Change*. StatPearls Publishing
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. (4ªed). Lisboa: Edições 70.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K., & Saveman, B. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of family nursing*, 14(2), 162–180.
<https://doi.org/10.1177/1074840708317058>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2025). Área dos CSP da USF.
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Cao, R., Stone, T., Petrini, M., & Turale, S. (2018). Nurses' perceptions of health beliefs and impact on teaching and practice: a Q-sort study. *International nursing review*, 65(1), 131–144. <https://doi.org/10.1111/inr.12399>
- Camargo, V., & Cubas, M. (2025). Diagnósticos e resultados do subconjunto terminológico para o “Processo Familiar, Prejudicado”: . *Rev Rene*, 26, e94399. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20252694399>
- César-Santos, B., Bastos, F., Dias, A., & Campos, M. (2024). Family Nursing Care during the Transition to Parenthood: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(5), 515. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050515>
- Colvin, C., & Ceide, M. (2021). Review of Grief Therapies for Older Adults. *Current geriatrics reports*, 10(3), 116–123. <https://doi.org/10.1007/s13670-021-00362-w>
- Coutinho, E., Domingos, A., Parreira, V., Nelas, P., Chaves, C., Duarte, J., Karimo, N., & Reis, A. (2020). The pregnant immigrant woman in the centrality of the interaction with the nurse: Constraints and Strategies to Overcome them. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 783–796. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.783-796>
- Cranley, L., Lam, S., Brennenstuhl, S., Kabir, Z., Boström, A., Leung, A., & Konradsen, H. (2022). Nurses' Attitudes Toward the Importance of Families in Nursing Care: A Multinational Comparative Study. *Journal of family nursing*, 28(1), 69–82. <https://doi.org/10.1177/10748407211042338>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros (2023a). Diário da República: I Série, nº 215/23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros (2023b). Diário da República: I Série, nº 215/23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário a República: I Série, nº 149/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Departamento da Qualidade na Saúde & Direção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional de Acreditação de Saúde-Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Cempalavras, Lda.
- Despacho nº 12456-B/2023 do Gabinete do Ministro da Saúde (2023). Diário da República: II Série, nº 234/2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12456-b-2023-225283582>

- Dias, C., Freitas, M., Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: Uma visão de saúde pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 23(4), 439-450. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i4.10388>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2020a). *Programas de Saúde Prioritários- Metas de Saúde 2020*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2020b). *Programa Nacional de Vacinação*. Direção Geral da Saúde, Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2025). *Como educar para uma alimentação saudável: Guia de boas práticas para pais e educadores*. Direção Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_documentos/como_educar_para_uma_alimentacao_saudavel_-_guia_de_boas_praticas_para_pais_e_educadores.pdf
- Estebarsari, F., Latifi, M., Ghorbanzadeh, S., & Kandi, Z. (2025). Health Belief Model in Predicting Screening Behavior among Population at Risk of Colorectal Cancer: A Systematic Review. *Iranian journal of public health*, 54(7), 1411–1423. <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i7.19147>
- Feio, A., & Oliveira, C. (2010). O modelo das crenças de saúde (health belief model) e a teoria da autopoiesis. *Reflexão E Ação*, 18(1), 215-243. <https://doi.org/10.17058/rea.v18i1.1293>
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). The importance of families in nursing care: Nurses' attitudes in the hospital environment. *Revista De Enfermagem Referência*, IV Série (7), 21–30. <https://doi.org/10.12707/riv15007>
- Ferreira, A. (1994). *Testes de Normalidade Ajustamento à Função de Distribuição Normal*. Instituto Politécnico- Escola Superior da Agraria de Castelo Branco
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Sabooks Editora.
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa. Lidel - Edições Técnicas, Lda
- Fontes, F., Silva, J., Macêdo, M., Santos, P., Franco, M., Freitas, D., Araújo, T., Valle, A., & Borges, J. (2025). Reflexões sobre a promoção da saúde do homem na atenção primária à luz do modelo teórico de Nola Pender. *Ciência, Tecnologia, Inovação e Saberes Aplicados à Saúde*, 3, 22–35. <https://doi.org/10.53524/lit.edt.978-65-84528-60-4/03>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Gomes, A., Saleiro, S., Pegado, E., & Barroso, M. (2023). Social representations of sexual orientation and gender identity among nurses in Portugal. *Sexuality Research and Social Policy*, 20(4), 1498–1514. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00816-0>
- Gottlieb, M. (2016). O Cuidar de Enfermagem Baseado nas Forças – Saúde e Cura para a Pessoa e Família. Lusodidacta.
- Guetterman, T., Fethers, M., & Creswell, J. (2015). Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 554–561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lusociência.

- Hespanhol, A., Couto, F. & Martins, C. (2008). A medicina preventiva. *Revista Portuguesa De Medicina Geral e Familiar*, 24(1), 49-64. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i1.10462>
- Hlebichuk, J., Lancaster, R., Tuzik Micek, W., Perusich, S., Fick, K., & Perumalswamy, K. (2025). Exploring Nurses' Personal and Professional Values and Care Quality: A Convergent Mixed-Methods Analysis. *Western journal of nursing research*, 47(2), 61–70. <https://doi.org/10.1177/01939459241304528>
- Hraunfjörð, H., Sigurdardóttir, A., Erlendsdóttir, R., & Svavarsdóttir, E. (2024). Nurses' attitudes to family importance in nursing care: A two-sited cross-sectional study. *Nurse education in practice*, 78, 104006. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104006>
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Metainformação- Mulheres em idade fértil (%) na população residente feminina*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0000607&lingua=PT
- Instituto Nacional de Estatística (2024). *Metainformação- Índice de dependência total (nº)*. https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0008261&lingua=PT
- Instituto Nacional de Estatística (2025). *Estimativas De População Residente Em Portugal 2024*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=733216006&att_display=n&att_download=y#:~:text=Em%202024%2C%20em%20consequ%C3%Aancia%20do,188%2C1%20em%202023
- International Council of Nurses (2024). *Nursing and Primary Health Care: Towards the realization of Universal Health Coverage*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-09/ICN_PHC-Report-2024_EN_FINAL.pdf
- International Council of Nurses. (2016). *International Classification for Nursing Practice, 2015 Release*. Portuguese Nursing Council.
- International Family Nursing Association (2015). *Declaração De Posição Sobre Competências Do Enfermeiro Generalista Na Prática De Cuidados À Família*. <https://internationalfamilynursing.org/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- Jiang, N., Chen, J., Cao, H., Liu, Y., Zhang, Y., Wang, Q., Wang, T., Zhao, H., Lu, H., Yang, L., & Wang, J. (2022). Parents' intentions toward preschool children's myopia preventive behaviors: Combining the health belief model and the theory of planned behavior. *Frontiers in Public Health*, 10, 1036929. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1036929>
- Lee, Y. (2024). Exploring the Application of Structural Family Therapy in Addressing Adolescent Behavioral Issues: A Case Study Perspective. *International Journal of Education and Humanities*, 13(2), 17-25. <https://doi.org/10.54097/v3yy7y84>
- Lin, C., Hou, W., Tseng, Y., Lin, M., & Griffiths, M. (2023). Validity, reliability, and cross-validation of a new questionnaire developed using the Theory of Planned Behavior: The Dating Violence Bystander Help-giving Intention Questionnaire (DVBHIQ). *Heliyon*, 9(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19706>
- Lins, B. & Strapasson, B. (2024). *Teste de Significância de Hipótese Nula na Análise do Comportamento: Problemas e recomendações*. SciELO Preprints <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7933>
- Lise, F., Dall'Agnol, J., & Schwartz, E. (2020). Uso Do Modelo De Crenças E Doenças Para A Cura Pela Enfermagem Na Abordagem Com Famílias. *REPENF- Revista Paranaense de Enfermagem*, 3(1), 1–3. https://www.researchgate.net/profile/Fernanda-Lise/publication/341105593_EDITORIAL_USO_DO_MODELO_DE_CRENCAS_E_DOENCAS_PARA_A_CURA_PELA_ENFERMAGEM_NA_ABORDAGEM_COM_FAMILIAS_USE_OF_THE_BELIEFS_AND_ILLNESS_MODEL_FOR_HEALING_BY_NURSING_IN_THE_APPROACH_WITH_FAMILIES_USO_DEL_MOD/links/5eadbc2a299bf18b9590f2a5/EEDITORIAL-USO-DO-MODELO-DE-CRENCAS-E-DOENCAS-PARA-A-CURA-PELA-ENFERMAGEM-NA-ABORDAGEM-COM-FAMILIAS-USE-OF-THE-BELIEFS-AND-ILLNESS-MODEL-FOR-HEALING-BY-NURSING-IN-THE-APPROACH-WITH-FAMILIES-USO-DEL-MOD.pdf

- Macedo, M., Santos, V., Melo, J., Lima, M., Bispo, M., & Saraiva, C. (2024). Barreiras e facilitadores para comunicação efetiva entre profissionais de enfermagem e pacientes: scoping review. *Advances in Nursing and Health*, 6, 1–14. <https://doi.org/10.5433/anh.2024v6.id47858>
- Machado A., Godinho, C., Marques, M., Sónia, D. (2025). Barriers and facilitators in accessing health information among migrants residing in Portugal, *European Journal of Public Health*, 35 (6). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf180.229>
- Machado, D., Brás, M., Almeida, A. & Vilela, A. (2023). Modelos de intervenção transgeracional aplicados à enfermagem de saúde familiar - revisão narrativa. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 113-122. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n2.v1.2582>
- Malta, H., Fernandes, I., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: uma Revisão Narrativa. *Servir*, 2(04). <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>
- Martins, Á., Rebouças, V., & Cavalcante, E. (2020). Transcultural theory in nursing care of women with infections. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0586>
- Martins, E. (2014). Coeficiente de correlação amostral. *Revista da Ciência Elementar*, 2(2). <http://doi.org/10.24927/rce2014.042>
- Masini, A., Cherasco, N., Conti, A., Pighini, I., Barone-Adesi, F., & Panella, M. (2025). Preventive Pathways for Healthy Ageing: A Systematic Literature Review. *Geriatrics*, 10(1), 31. <https://doi.org/10.3390/geriatrics10010031>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Hamilton Printing
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. LIDEL Editora
- Nobokuni, A., Rodrigues, W., Martin, I., Arruda, B., Badagnan, H., Zanetti, A., & Galera, S. (2021). Crenças de enfermeiros do contexto hospitalar sobre a inclusão da família no cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1016>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., Figueiredo, M., Andrade, L., Carvalho, J., & Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 45(6), 1331–1337. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>
- O'Neill, M. E., & Mathews, K. L. (2002). Levene tests of homogeneity of variance for general block and treatment designs. *Biometrics*, 58(1), 216–224. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341x.2002.00216.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Ordem Dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem sobre Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de comunitária–referencial em enfermagem de saúde familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2025). *Anuário Estatístico 2025*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial de Saúde (2000). Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health. *Intensive & critical care nursing*, 16(4), 207–208. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1522>
- Organização Mundial de Saúde. (2024). *Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.who.int/world-healthday/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Portaria nº 358/2024/1 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2024). Diário da República: I Série, nº 252/2024. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2024-901667897>
- Rebolledo, D., Muñiz, G., Rodríguez, C., Vargas, G., & Ramírez, T. (2025). Cuidado de enfermería en entornos ambientales y culturales. *Revista Vive*, 8(22), 142–153. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.367>
- Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II Série, 2º 135/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº26/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ribeiro, I. & Santos, I. (2009). Indicadores de desempenho na consulta. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(2), 228-36. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i2.10611>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Professional nursing practice grounded in the theoretical framework of the discipline: reality or utopia. *Revista De Enfermagem Referência*, IV Série (19), 39–48. <https://doi.org/10.12707/riv18040>
- Ritchie, D., Stephan, B., & Guido, V. (2021). The health belief model and theory of planned behavior applied to mammography screening: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nursing*, 38(3), 482–492. <https://doi.org/10.1111/phn.12842>
- Sampaio, N., & Leoni, R. (2015). *Utilização Dos Testes De Hipóteses Para A Média Na Tomada De Decisão*. Associação Educacional Dom Bosco.
- Santi, D., & Baldissera, V. (2023). Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. *Saúde Em Debate*, 47(139), 993–996. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313919>
- Santi, D., Nogueira, I., & Baldissera, V. (2023). Modelo de Nola Pender para promoção da saúde do adolescente. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>
- Santos, K., Silva, R., Luísa, C., Silva, I., Souza, T., & Gondim, A. (2022). Entraves na implementação da prática baseada em evidências (PBE) em enfermagem: revisão integrativa. *Diversitas Journal*, 7(1), 238–246. <https://doi.org/10.48017/dj.v7i1.1491>
- Santos, P., & Hespanhol, A. (2013). Recusa vacinal - o ponto de vista ético. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(5), 328-333. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i5.11167>
- Schopf, K., Vendruscolo, C., Silva, C., Geremia, D., Souza, A., & Angonese, L. (2022). Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0178>
- Sequeira, C., & Néné, M. (2017). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. LIDEL Editora.
- Shamali, M., Esandi Larramendi, N., Østergaard, B., Barbieri-Figueiredo, M., Brødsgaard, A., Canga-Armayor, A., Dieperink, K., Garcia-Vivar, C., Konradsen, H., Nordtug, B., Lambert, V., Mahrer-Imhof, R., Metzinger, S., Nagl-Cupal, M., Imhof, L., Svavarsdottir, E., Swallow, V., & Luttik, M. (2023). Nurses' attitudes towards family importance in nursing care across Europe. *Journal of clinical nursing*, 32(15-16), 4574–4585. <https://doi.org/10.1111/jocn.16456>

- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>
- Soares, J., Silva, I., Moreira, M., Martins, Á., Rebouças, V., & Cavalcante, E. (2020). Transcultural theory in nursing care of women with infections. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0586>
- Sousa, M., Oliveira, S., Pagliuca, L., & Andrade, S. (2012). Analysis of the concept of belief in the light of the Method Evolutionary. *Revista De Enfermagem UFPE on Line*, 6(7), 1655–1662. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v6i7a7217p1655-1662-2012>
- Souza, D., Brandão, V., Martins, M., Morais, J. & Jesus, N. (2021). *Teorias de enfermagem: relevância para a prática profissional na atualidade*. Editora Inovar. <https://editorainovar.com.br/omp/index.php/inovar/catalog/book/213>
- Susanto, P., Arini, D., Marlita, D., Yuntina, L., & Saribanon, E. (2024). Mixed Methods Research Design Concepts: Quantitative, Qualitative, Exploratory Sequential, Exploratory Sequential, Embedded and Parallel Convergent. *International Journal of Advanced Multidisciplinary*, 3(3), 471–485. <https://doi.org/10.38035/ijam.v3i3.721>
- Teixeira, G., Picoito, R., Gaspar, F., & Lucas, P. (2024). Cultural Competence and Nursing Work Environment: Impact on Culturally Congruent Care in Portuguese Multicultural Healthcare Units. *Healthcare*, 12(23), 24-30. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232430>
- Thürlimann, E., Verweij, L., & Naef, R. (2022). The Implementation of Evidence-Informed Family Nursing Practices: A Scoping Review of Strategies, Contextual Determinants, and Outcomes. *Journal of family nursing*, 28(3), 258–276. <https://doi.org/10.1177/10748407221099655>
- Timoteo, F., Silva, R., Manfrini, G., & Baggio, M. (2023). Cross-cultural care in primary health care nurses' experience in border territories. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 32, e20220250. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0250en>
- Trulsson, C., Ahlgren, W., Fomichov, V., Ågren, S., Sandström, P., Björnsson, B., Wennerholm, C., & Drott, J. (2023). Attitudes and perceptions of healthcare professionals related to family participation in surgical cancer care-A mixed method study. *Nursing open*, 10(4), 2530–2539. <https://doi.org/10.1002/nop2.1511>
- Unidade de Saúde Familiar (2025). Regulamento Interno
- Unidade Local de Saúde (2024). Regulamento Interno
- Valle, P., & Ferreira, J. (2025). Análise De Conteúdo Na Perspectiva De Bardin: Contribuições E Limitações Para A Pesquisa Qualitativa Em Educação. *Educação Em Revista*, 41, e49377. <https://doi.org/10.1590/0102-469849377>
- Vidal, G., Maia, L. Ramos, T., Oliveira, A., Soares, M., Bento, M., ... Pinto, C. (2025). Desinformação em Saúde nas Redes Sociais: Desafios para a Saúde Coletiva. *Interference: a journal of audio culture*, 11(2), 2119–2129. <https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p2119-2129>
- Wright, L., & Leahey, M. (2021). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (8ª ed.). Roca.

Apêndices

Apêndice I-Estudo de caso a uma família utilizando o modelo de Calgary

Lista de Abreviaturas

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direção Geral da Saúde

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da família

ÍNDICE

1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (MCAF)

1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA

1.1.1. Estrutura Interna

1.1.2. Estrutura externa

1.1.3. Contexto

1.2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

1.2.1. Estádio

1.2.2. Tarefas

1.2.3. Vínculos

1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

1.3.1. Instrumental

1.3.2. Expressiva

2. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES FAMILIARES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anexos

Anexo I- Notação Social da Familiar (Graffar adaptado)

Anexo II- Instrumento de Avaliação do Risco no Luto

Anexo III- *Checklist de Fatores de Risco Perturbação no Luto Prolongado*

Anexo IV- Escala de Barthel

Anexo V- Escala de Morse

Anexo V- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Anexo VI- Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

Anexo VII- Escala das Forças Familiares

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Genograma da família “S”

Figura 2- Genograma da Sr.^a E

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1- Plano de cuidados à família “S”

1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA (MCAF)

Este capítulo será dividido de acordo com as três categorias do MCAF (Estrutural, Desenvolvimento e Funcional).

1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA FAMÍLIA

A avaliação estrutural, menciona os aspetos estruturais da família, os quais se incluem três categorias: interna, externa e contexto. Estas são compostas por subcategorias, as quais espelham a complexidade da estrutura familiar (Wright& Leahey, 2012).

1.1.1. Estrutura Interna

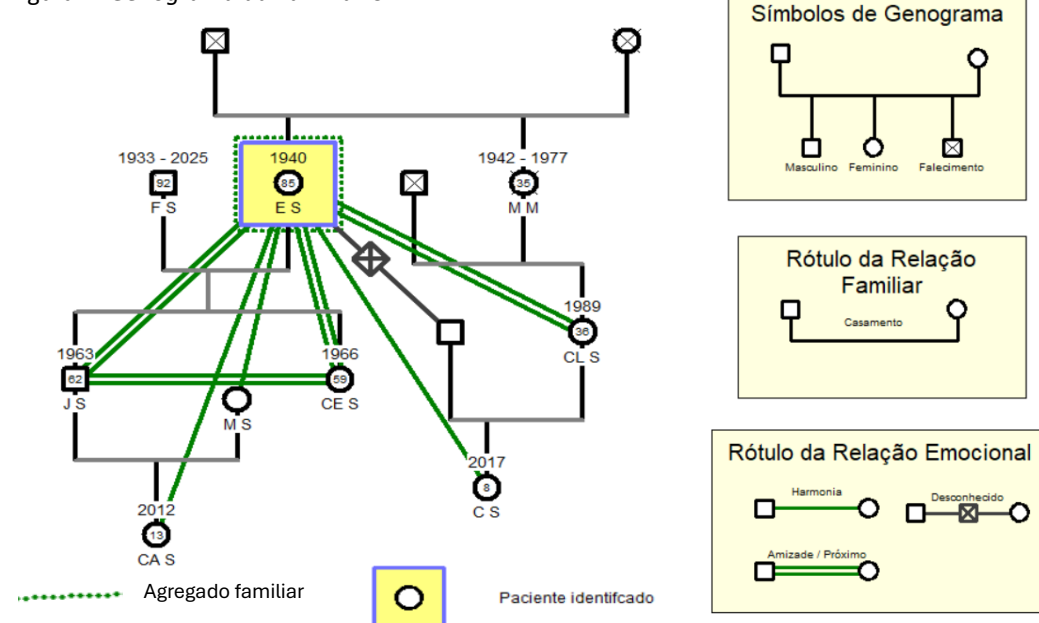
Esta dimensão avalia a composição familiar, género, orientação sexual, subsistemas e limites (Wright& Leahey, 2012).

A família S, atualmente é apenas composta pela Sr.^a E, do género feminino, heterossexual, 85 anos, tendo falecido o seu marido Sr. F, sexo masculino, a 1 de junho de 2025, aos 92 anos, por complicações do seu estado de saúde, no hospital. Pode-se então concluir que nos deparamos com uma família unitária, pois atualmente é apenas composta por um elemento (Ventura,2010).

Assim, o único subsistema presente é o individual, composto pela Sr.^a E. De referir os antecedentes pessoais da utente, dislipidemia, demência frontotemporal e hipertensão arterial, de forma a compreender o seu quadro atual de saúde e as precauções que a utente deve ter nas suas atividades de vida diária (AVD), ademais das comorbilidades e fragilidades que a idade avançada geram. Atualmente a utente recorre regularmente ao centro de saúde para realização de tratamento das feridas que possui na perna direita.

Para auxiliar a avaliação da estrutura interna, foi realizado o genograma (figura 1) que se torna útil para construir um diagrama do grupo familiar (Figueiredo, 2023; Wright & Leahey, 2021).

Figura 1- Genograma da Família “S”



Nota - Genograma que retrata a Família “S”, com rotulação das relações familiares e emocionais entre a família mononuclear e elementos da família alargada. Fonte: Elaboração da autora (2025).

1.1.2. Estrutura externa

Nesta dimensão estão incluídas a família alargada e os sistemas mais amplos. A família alargada engloba os indivíduos que não coabitam com o agregado familiar a ser estudado tais como a família de origem, família de procriação, a atual geração (por exemplo, irmãos) e os descendentes. Já os sistemas mais amplos correspondem aos elementos externos à família que interagem com o agregado. É importante obter informação sobre ambos para compreender a quantidade e qualidade do apoios e recursos existentes, pois são forças muito influentes na estrutura familiar (Wright & Leahey, 2021).

Ao analisar o genograma (figura 1), a Sr.^a E possui dois filhos, uma filha que é professora, dentro do concelho e um filho que vive fora do distrito com a sua esposa e a filha de 13 anos. Possui também uma sobrinha, a qual foi cuidada pela Sr.^a E desde criança, pois os seus pais faleceram relativamente novos e desde então que considera a sobrinha como uma “segunda filha” (sic). Atualmente a sobrinha vive em Bragança, mas vem visitar a utente a cada duas semanas, acompanhada pela sua filha de 8 anos.

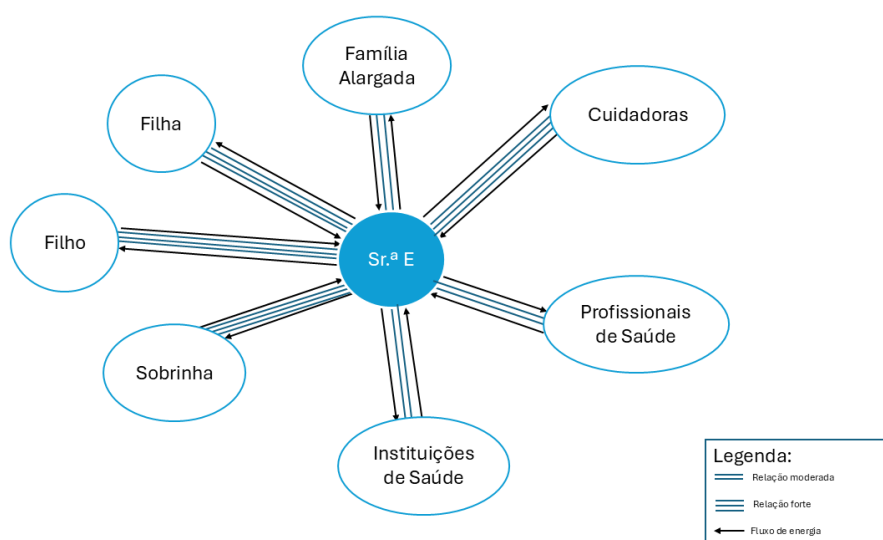
Conclui-se que a Sr.^a E possui uma relação de harmonia com todos os elementos da família alargada, em especial com os filhos e com a sua sobrinha.

Em relação aos sistemas amplos, a Sr.^a E possui duas cuidadoras que estão com ela todo o dia de segunda a sexta-feira, em horários rotativos, com quem tem uma relação de proximidade.

Em relação às instituições de saúde, a Sr.^a E possui uma boa relação com as mesmas, tendo consciência da importância do seguimento da sua saúde em consultas, da realização de tratamentos às feridas que possui e do cumprimento da terapêutica.

Com o propósito de compreender a relação da família com os sistemas amplos e com a família alargada, foi realizado o ecomapa (figura 2) (Wright & Leahey, 2021).

Figura 2- Ecomapa da Sr.^a E



Nota – Ecomapa que apresenta a relação entre a Sr.^a E e outros sistemas. Denota-se uma relação forte com as cuidadoras. Filhos e sobrinha e uma relação moderada com as instituições de saúde, com os profissionais de saúde e com a restante família alargada. Fonte: Elaboração da autora (2025).

1.1.3. Contexto

Esta subcategoria engloba a etnia, raça, classe social, religião e ambiente (Wright & Leahney, 2021).

A Sr.^a E é de raça caucasiana, etnia lusitana, nacionalidade portuguesa, e católica.

De forma a avaliar a classe social, condições de risco, alterações de comportamento de saúde e de desenvolvimento psicossocial, e recursos existentes, foi aplicado a Notação Social da Familiar (Graffar adaptado) (Anexo I), que procura responder à prévia avaliação analisando o nível da profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação (Figueiredo, 2023). Desde resultou uma pontuação de 11, classificando esta família na categoria Classe Média Alta.

Em relação ao ambiente, a habitação encontra-se perto de uma padaria, uma farmácia, um hipermercado, uma paragem de autocarro, e atualmente encontra-se em construção um hospital privado perto da sua localização.

A casa que a utente habita possui todas as condições de eletricidade, água e saneamento de rede pública e aquecimento local. É um T3, com três quartos, uma sala de estar, cozinha e duas casa-de-banho, estando uma incorporada com material adequado para as dependências da senhora.

1.2. AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Para Figueiredo (2012), esta etapa pressupõe o conhecimento do ciclo vital em que a família se integra e a identificação de cuidados para a promoção da capacitação familiar, centrado nos cuidados de enfermagem na família. Para tal, divide-se em três categorias: estágio, tarefas e vínculos.

1.2.1. Estádio

Analisando o Ciclo Vital do Duval que se encontra no processo do SClínico da família, denota-se que a mesma se encontra no oitavo estágio do ciclo vital da família “Famílias idosas”, uma vez que a Sr.^a E já se encontra reformada, com 85 anos, e recentemente ficou viúva.

1.2.2. Tarefas

Neste estágio do ciclo vital, a família deve ser capaz de se adaptar à situação de reforma, ao envelhecimento, à viuvez, ao viver só e preparar-se para a própria morte (Ventura, 2010).

Atualmente a Sr.^a E já se conseguiu adaptar à reforma e às comorbilidades que o avançar da idade traz. Contudo ainda se encontra em processo de luto pela morte do marido. Para se avaliar se este processo está a decorrer de forma saudável, foi aplicado o Instrumento De Avaliação Do Risco No Luto (Anexo II) e a *checklist* de fatores de risco perturbação no luto prolongado (Anexo III) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019). Apesar de possuir alguns fatores de risco, a utente está a realizar de forma saudável o luto, dado o seu quadro demencial não permitir a total assimilação da situação. Uma das principais consequências das demências frontotemporais, são alterações neuro degenerativas que afetam a diminuição na resposta emocional, como foi o caso desta utente, cujo processo demencial originou embotamento emocional (Mendez, et al., 2008; Radakovic et al., 2020).

1.2.3. Vínculos

Dado a família estudada ser unitária, considerou-se pertinente analisar os vínculos com a família alargada, dado o seu envolvimento constante com a utente, como pode ser observado no ecomapa (figura 1) e genograma (figura 2).

Nestes pode-se observar a proximidade dos filhos e da sobrinha com a presente família, pois são quem maior vinculação possui, todavia, toda a família alargada possui um bom vínculo familiar com a Sr.^a E.

1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA FAMÍLIA

Este momento de avaliação inclui padrões de interação familiar que permitem o desempenho de funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional e por isso está dividido em instrumental e expressiva (Figueiredo, 2012).

1.3.1. Instrumental

De forma a criar uma abordagem individualizada de intervenção à família, foi aplicada a escala de Barthel, para assim avaliar as capacidades da família e as suas dependências nas AVD (Anexo IV) (DGS,2011).

Pode-se concluir ao analisar a escala que a Sr.^a E é dependente em grau moderado nas AVD, necessitando de ajuda para: transferência; toalete; utilização do WC; banho; mobilidade; subir e descer escadas e vestuário. Dado este nível de dependência, foi aplicada a escala de Morse, de forma a avaliar o risco de queda no domicílio (Anexo V) (DGS,2019).

Atualmente a Sr.^a E apresenta uma pontuação de 35, que representa baixo risco de queda, contudo com aumento da fragilidade da idosa ao longo do processo de senescência, a Sr.^a E torna-se mais vulnerável à ocorrência as quedas (acidentais e recorrentes) que podem iniciar ou agravar o seu compromisso funcional, sendo importante reforçar ensinamentos sobre a prevenção de quedas e avaliar a existência de fatores de risco habitacionais (DGS,2019).

Também foi aplicado a escala de readaptação de Holmes & Rahe, de forma a avaliar os fatores de stress que tenham ocorrido nos últimos 12 meses à presente família e qual a probabilidade de desenvolver riscos de saúde (Anexo VI) (Figueiredo,2023). Deste, resultou uma pontuação de 189, o que implica que existe um risco moderado de problemas de saúde, com 50% de chance de colapso da saúde nos próximos 2 anos, de acordo com a cotação da escala.

Estes fatores trazem preocupações aos filhos, que já previamente andava à procura de resolução social dado as dependências prévias do casal, de forma a garantir uma maior vigilância das AVD.

1.3.2. Expressiva

Esta subcategoria é dividida nos seguintes tópicos: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influências e poder, crenças, alianças e uniões (Figueiredo, 2023). Dado a família presente ser unitária, a avaliação da comunicação emocional, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influências e poder e alianças e uniões foram avaliadas juntamente com a família alargada, de forma a realizar uma abordagem mais eficaz à Sr.^a E.

1.3.2.1. Comunicação emocional

A comunicação emocional engloba o momento de transmissão de emoções e sentimentos (Figueiredo,2012). Apesar das limitações que a demência frontotemporal provoca na Sr. ^a E, foi realizado o APGAR familiar de Smilkstein, para compreender se a utente se encontra satisfeita com a forma como pode expressar as suas emoções com os elementos da família alargada (Anexo VI) (Azeredo & Matos ,1989). Deste resultou uma pontuação de 7, o que traduz que a família se considera altamente funcional para a expressão de sentimentos e emoções.

1.3.2.2. Comunicação verbal e não-verbal

Em todos os momentos de comunicação está inerente a parte verbal e não-verbal que permitem perceber a forma como a pessoa comunica e percebe a sua realidade (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012).

Ao longo das consultas, a utente apresentou uma comunicação verbal coerente e perceptível, e recorria tanto a expressões faciais como gestos ao longo dos momentos de interação. Não foram presenciadas falhas de comunicação, uma vez que a mensagem era emitida e recebida de forma eficaz e a comunicação verbal e não-verbal se encontravam em sintonia, quer com a equipa de enfermagem, quer com os elementos da família alargada e com a cuidadora.

1.3.2.3. Comunicação Circular

Neste tipo de comunicação é importante saber se a família se encontra satisfeita com a sua forma de comunicar e qual o impacto das interações entre os membros familiares (Figueiredo, 2012). As interações observadas entre a filha de a Sr.^a E foram harmoniosas e demonstraram o sentimento de segurança e apoio que ambas possuem. Também foi possível observar que existe respeito e uma relação de apoio e entre o filho e cunhada para com a utente, e de carinho e de apoio entre a sobrinha e a utente, num dos momentos de VD.

1.3.2.4. Solução de problemas

Atualmente a filha da utente é quem mais participa na solução de problemas dado a sua proximidade geográfica. Desde que o seu pai ficou mais dependente foi ela que ficou responsável por arranjar estratégias para solucionar as crises que a família ultrapassa, desde a alocação de recursos humanos e materiais conforme o agravamento das dependências, como foi o caso da contratualização de cuidadoras e do pedido da visita domiciliária à presente unidade de saúde familiar, pedindo ajuda aos restantes elementos da família alargada quando considera pertinente.

Desde o falecimento do Sr. F que ambos os filhos chegaram ao acordo de bimensalmente, aos fins-de semana, intercalarem entre si para cuidarem da Sr.^a E, sendo que durante a semana a filha, apesar dos constrangimentos que causa a nível laboral, dá apoio nas deslocações da sua mãe à presente unidade, pois as cuidadoras não possuem carta de condução.

1.3.2.5. Papeis

Na interação entre mãe e os filhos existem momentos de união e cumplicidade, que retratam o estabelecimento de limites ao longo do tempo. Cada uma assume o seu respetivo papel e está presente uma ligação emocional saudável que as une, nunca tendo sido presenciado nenhum momento de disfuncionalidade ou inversão dos papéis.

Em relação à sobrinha, existe também uma grande ligação emocional, sendo estas se consideram como mãe e filha no que toca ao papel parental, nomeadamente em questão ao suporte emocional e social.

1.3.2.6. Influências e poder

Atualmente a Sr.^a E é quem mais poder detém, por ser uma família unitária. Em relação à família alargada todos têm a liberdade de expor as suas opiniões e chegarem a um consentimento com a presente família, para debater o que será mais certo realizar para a promoção de um envelhecimento saudável.

1.3.2.7. Crenças

As crenças familiares constituem “valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente a solução de problemas e aos comportamentos de saúde.” (Figueiredo, 2012, p.100).

Engloba-se assim, um conjunto de crenças, nomeadamente, Crenças religiosas; Crenças de saúde; Crenças espirituais; Crenças em valores; Crenças culturais e Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde (Figueiredo,2012).

A Sr.ª E, como já referido previamente é católica, atualmente não praticante, devido as suas comorbilidades. Relativamente ao seu estado de saúde a Sr.ª E reconhece a importância de cumprir com o regime terapêutico prescrito pelo médico, com a ajuda da filha e das cuidadoras, tal como com as indicações de enfermagem acerca da alimentação e os cuidados a ter com o penso nas suas feridas. Acerca do aspeto da promoção de exercício físico reconhece a sua importância, tentado quando possível, fazer caminhadas quando está com os seus filhos.

De forma a avaliar os processos de resiliência familiar às adversidades e a perceção sobre as forças familiares, foi aplicado o questionário das forças familiares, criado por Melo e Alarcão (2011) (Anexo VIII). Ao realizar este questionário foi concluído que os filhos e a sobrinha possuem uma ligação extremamente forte com a Sr.ª E, preocupando-se constantemente com o seu estado de saúde e com a sua felicidade, sendo o amor familiar e a sua união as suas principais forças. A boa relação com as cuidadoras também é uma força importante a ter em conta pois estas acabam por ser um dos principais sistemas externos com quem a família mais interage.

1.3.2.8. Alianças e uniões

Existem alianças e uniões que vão para além da família alargada, porque não só a utente possui uma aliança forte com os indivíduos que a compõe, como também com as cuidadoras e com as profissionais de saúde que a seguem nas consultas, o que permite criar uma relação terapêutica forte e eficaz entre todas as partes.

2. Diagnóstico e Intervenções Familiares

Neste capítulo será realizado o plano de cuidados, de acordo com o Modelo de Calgary de Intervenção da família e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, integrada no SClínico.

Tabela - Plano de Cuidados à família "S"

Data	Focos	Diagnósticos	Intervenções	Avaliação
12/5/2025	Ferida	Ferida na perna direita	Avaliar ferida Executar tratamento à Ferida Vigiar penso da ferida Ensinar à família sobre cuidados a ter com a ferida	22/5/2025-Ferida na parte interna no membro inferior direito, com 3 cm de comprimento e 3 cm de largura, em fase de granulação, bordos não definidos, derme e epiderme afetada, exsudato húmido, sem sinais de infeção/inflamação. Explicado à família os cuidados a ter com o penso e com a ferida, assim como ter em atenção alimentos que podem afetar o processo de cicatrização, como é o caso das carnes vermelhas e marisco, de forma a evitar o seu consumo. Ao longo das consultas a ferida foi diminuindo de tamanho, apresentando boa evolução cicatricial 27/06/2025- Cicatrização total da ferida
12/6/2025	Ferida	Ferida na perna direita	Avaliar ferida Executar tratamento à Ferida Vigiar penso da ferida Ensinar família sobre sinais de inflamação da ferida	12/6/2025- Surgimento de outra ferida, mas na parte posterior do membro inferior direito, com 4cm de comprimento e 2 cm de largura, características semelhantes à da parte interna. Possui sinais de inflamação, nomeadamente ardor e rubor, tendo sido estes explicados à família, assim como outros sinais de inflamação a que devem estar atentos no domicílio (dor, edema e perda de função), e o que fazer em caso aparecessem. Até à data de conclusão do presente relatório, a ferida, apesar de já não se apresentar exsudativa, sinais inflamatórios e possuir menor tamanho, ainda não se encontra cicatrizada na totalidade.
2/6/2025	Edema	Edemas de ambos as pernas	Avaliar edema	2/6/2025: Realizado o Sinal de Godet que confirmou a presença de edemas.

			Promover a elevação do membro afetado Gerir ingestão de líquidos Promover o repouso	Informado a cuidadora sobre a colocação de um apoio para as pernas de forma a promover a diminuição do edema, assim como vigiar a ingestão de líquido, para não se tornar excessiva. 27/6/2025: Pernas já não se encontram edemaciadas (Sinal de Godet negativo em ambas).
12/5/2025	Autocuidado	Autocuidado, com dependência em grau moderado	Avaliar autocuidado Assistir família sobre autocuidado Ensinar sobre promoção do autocuidado	12/5/2025-Aplicação da escala de Barthel (anexo I), de onde se concluiu que a utente possui necessidades de dependência em grau moderado em certas AVD, sendo que tem o apoio de cuidadoras e quando necessário, da filha. Cuidadoras têm conhecimentos sobre como interagir com idosos que apresentam dependências e quando possuem dúvidas questionam a equipa de enfermagem, de forma a agir da melhor forma. 27/06/2025- Após reorganização familiar, os filhos ao fim de semana intercalam entre si para cuidar da Sr.ª E. Ambos têm conhecimento sobre como assistir a idosa nas suas AVD, tendo sido explicado alguns métodos de promover a sua independência (Ex: promoção de caminhadas em família para estimular a deambulação e a comunicação entre ambos)
12/5/2025	Queda	Risco de Queda, em grau baixo	Avaliar risco de queda Ensinar família e cuidadora sobre gerir ambiente físico Capacitar o idoso sobre a prevenção de quedas	12/5/2025- Aplicado a escala de Morse, que deu uma cotação de 35 pontos (baixo risco de queda). Realizado ensinios sobre como prevenir quedas no domicílio, nomeadamente: • Utilização de calçado (sapatos rasos ou de salto baixo, fechados, com elevada superfície de contacto e antiderrapantes) e roupa adequados (meias antiderrapantes, evitar roupa longa como saias compridas); • Iluminação no domicílio; • Verificação dos dispositivos de segurança; • Retirada de carpetes.

12/6/2025	Luto	Luto não comprometido	Avaliar luto Facilitar comunicação e expressão de emoções Executar escuta ativa Facilitar luto Apoiar no luto familiar Disponibilizar suporte emocional Avaliar evolução do luto Avaliar processos de pensamento sobre o luto	27/6-De forma a poder avaliar a evolução do luto foram o instrumento de avaliação do risco do luto (anexo I) e a <i>checklist</i> de fatores de risco perturbação do luto prolongado (anexo II), para compreender se a família estava a realizar um luto saudável. Apesar de possuir vários fatores de risco para o luto prolongado, a pontuação adquirida pelo instrumento de avaliação foi de 6 pontos, não sendo necessário reencaminhamento para serviços de saúde mentais locais ou consultas de luto, sendo disponibilizado apoio por parte da equipa para facilitar este processo.
12/6/2025	Apoio Social	Falta de apoio social	Avaliar apoio social Providenciar recursos para o apoio social à família Ensinar sobre recursos de apoio social à família	12/6/25- Utente vinha com a filha e com a cuidadora as consultas, pois cuidadora não tem carta de condução, sendo que este momento causava constrangimentos com os horários da atividade laboral da filha. Informado à filha sobre os planos de viagens que a equipa de táxis possui para os idosos, sendo que poderia considerar esta hipóteses de forma a conseguir organizar melhor as idas da Sr.ª E à consulta do tratamento de feridas. 27/06- Utente continua a vir com a filha às consultas, apesar do constrangimento que lhe causa no seu dia-a-dia. Ao questionar com a filha sobre o porquê de manter tal decisão, esta refere que prefere assumir o papel das deslocações para poder acompanhar a evolução do estado de saúde da mãe e poder assistir no que for necessário.

Nota - Plano de cuidados realizado de 12/05/2025 até 27/06/2025 à família “S”, onde se encontram incluídos os focos, diagnósticos identificados ao longo do tempo, assim como as intervenções prestadas e avaliação dos seus resultados. Fonte: Elaboração da autora (2025).

Referências bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios Familiares*. (3ª ed). Edições Quarteto
- Azeredo, Z & Matos, E. (1989). Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics, II* (20), 24-30
- Direção Geral da Saúde (2011). *Norma nº 054/2011 de 27/12/2011- Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2019). *Norma nº 012/2019- Prevenção e Intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-h>
- Direção Geral da Saúde (2019). *Norma nº003/2019- Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. Direção Geral da Saúde https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. LIDEL Edições
- Mendez, M. F., Lauterbach, E. C., & Sampson, S. M. (2008). An Evidence-Based Review of the Psychopathology of Frontotemporal Dementia: A Report of the ANPA Committee on Research. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 20(2), 130–149. <https://doi.org/10.1176/jnp.2008.20.2.130>
- Melo, A. T. & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Mosaico*, 48, 34-41 <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/36414/1/Avalia%20de%20processos%20de%20resili%20familiar.pdf>
- Radakovic, R., Colville, S., Cranley, D., Starr, J., Pal, S. & Abrahams, S. (2020). Multidimensional Apathy in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia, Primary Progressive Aphasia, and Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4(5). 349-356. <https://doi.org/10.1177/0891988720924716>
- Ventura, T. (2010). *Tipologias familiares: caraterização e singularidades dos seus ciclos vitais* (dissertação de mestrado). Retirado do Repositório da Universidade de Lisboa
- Wright, L., & Leahey, M. (2021). *Enfermeiras e famílias: Guia para a avaliação e intervenção na família* (8ª ed.). Roca.

Anexos

Anexo I- Notação Social da Familiar (Graffar adaptado)

TABELA 37.4.1		Notação social da família							
NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)									
Graus	Profissão	Instrução	Origem do rendimento familiar	Tipo de habitação	Local de residência	Pontuação			Posição social
						c/ 5 Itens	c/ 4 Itens	c/ 3 Itens	
1	– Grandes industriais e comerciantes – Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados) – Professores universitários (com doutoramento) – Brigadeiro/General/Marechal – Profissões liberais de topo – Altos dirigentes políticos	– Licenciatura – Mestrado – Doutoramento	– Lucros de empresa, de propriedades – Heranças – Rendimentos profissionais de elevado nível	Casa ou andar luxuoso, espaçoso com máximo de conforto	Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	– Médios industriais e comerciantes – Dirigentes de médias empresas – Agricultores/proprietários – Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado – Oficiais das Forças Armadas – Profissionais liberais – Professores Ensino Básico – Professores Ensino Secundário – Professores Universitários (sem doutoramento)	Bacharelato ou curso superior com duração ≤ 3 anos	Altos vencimentos e honorários (≥10 vezes o salário mínimo nacional)	Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
Graus	Profissão	Instrução	Origem do rendimento familiar	Tipo de habitação	Local de residência	Pontuação			Posição social
						c/ 5 Itens	c/ 4 Itens	c/ 3 Itens	
3	– Pequenos industriais e comerciantes – Quadros médios; chefes de secção – Empregado de escritório (grau ↑) – Médios agricultores – Sargentos e equiparados	– 12º ano – Nove ou mais anos de escolaridade	Vencimentos certos	Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais	Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	– Pequenos agricultores/rendeiros – Empregado de escritório (grau ↓) – Operários semi-qualificados – Funcionários públicos e membros das Forças Armadas ou militarizadas de nível ↓	Escolaridade ≥4 anos e <9 anos	– Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional – Pensionistas ou reformados – Vencimentos incertos	Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível	– Bairro social/operário – Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	– Assalariados agrícolas – Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	– Não saber ler ou escrever – Escolaridade <4 anos	– Assistência (subsídios) – Rendimento Mínimo Garantido	– Impróprio (barraca, andar ou outro) – Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 9	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA ALTA DATA __/__/__

Fonte: Figueiredo, H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. LIDEL Edições

Anexo II- Instrumento de Avaliação do Risco no Luto

	Fatores de Risco	Indicadores	Pont.
1	Raiva	Nenhuma	1
		Irritação leve	2
		Moderada (explosões de raiva ocasionais)	3
		Severa (com prejuízo das relações)	4
		Extrema (sempre amargurado/a)	5
2	Acusação ou culpa, sentimento de ter sido responsável	Nenhuma	1
		Leve (vaga e geral)	2
		Moderada (pensamentos acusatórios)	3
		Severa (preocupação com auto-culpabilização)	4
		Extrema (problema major de culpa)	5
3	Relações atuais	Família próxima e muito apoiante	1
		Família moderadamente apoiante	2
		Família distante	3
		Desconfiança em relação à disponibilidade dos outros	4
		Sem percepção de suporte	5
4	Capacidade de adaptação ao luto	Boa (luto normal, adaptação sem ajuda)	1
		Razoável (provavelmente consegue adaptar-se sem ajuda)	2
		Duvidosa (pode precisar de ajuda de especialista)	3
		Má (requer ajuda de especialista)	4
		Muito má (requer urgente ajuda de especialista)	5

Total: 6

A = Ausente Baixo risco (Pont. < 7)	Providenciar informação sobre luto e disponibilizar folheto se necessário
B = Atenção Moderado risco (Pont. 7-9)	Disponibilizar folheto e encaminhar para serviços de saúde mental locais
C = Recomendar apoio de especialista no luto Elevado risco (Pont ≥ 10)	Disponibilizar folheto e encaminhar para consulta de luto

Fonte: Direção Geral da Saúde (2019). *Norma nº 003/2019- Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos* Direção Geral da Saúde https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf

Anexo III- *Checklist* de Fatores de Risco Perturbação no Luto Prolongado

FAMILIARES	S/N	Observações
Fatores Pessoais		
Género feminino	S	
Idade jovem do ente significativo	N	
Idade avançada da pessoa em luto	S	
Antecedentes psiquiátricos	S	Antecedente pessoal de demência
Tentativas suicídio prévias e/ou ideação suicida	N	
Consumo de substâncias	N	
Lutos anteriores não integrados	N	
Estilo de vinculação inseguro	N	
Negação persistente/ <i>coping</i> evitante/ruminação	N	
Manifestações intensas de culpa / raiva	N	
Incapacidade de atribuir significado à perda	N	
Neuroticismo	N	
Fatores Interpessoais		
Perda de filhos/cônjuge	S	
Relação de marcada dependência	N	
Relação conflituosa	N	
Relação conflituosa/ ambivalente	N	
Falta de apoio sócio-familiar	N	
Crises familiares não resolvidas	N	
Projetos truncados/assuntos pendentes	N	
Impossibilidade de cumprir rituais religiosos/espirituais	N	
Fatores Circunstanciais	N	
Morte súbita	S	
Morte violenta (suicídio, homicídio ou acidente)	N	
Perdas múltiplas	N	
Perceção subjetiva de falta de preparação para a morte	S	
Cuidador principal do doente	N	
Falta de controlo de sintomas	N	
Relações disfuncionais com profissionais de saúde	N	
Imagem demarcada/ deterioração do doente	S	
Sobrecarga do cuidador	N	
Presença de menores na família	N	
Problemas económicos	N	

Fonte: DGS (2019). *Norma nº003/2019- Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*, Direção Geral da Saúde https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf

Anexo IV- Escala de Barthel

1. Alimentação	
Independente	☒ 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	☐ 5
Dependente	☐ 0
2. Transferências	
Independente	☐ 15
Precisa de alguma ajuda	☒ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	☐ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	☐ 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☒ 0
4. Utilização do WC	
Independente	☐ 10
Precisa de alguma ajuda	☒ 5
Dependente	☐ 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	☒ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	☐ 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	☒ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	☐ 5
Imóvel	☐ 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	☐ 10
Precisa de ajuda	☒ 5
Dependente	☐ 0
8. Vestir	
Independente	☐ 10
Com ajuda	☒ 5
Impossível	☐ 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	☒ 10
Acidente ocasional	☐ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	☐ 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	☒ 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	☐ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	☐ 0
TOTAL	
65	

Fonte: Direção Geral da Saúde (2011). *Norma nº 054/2011 de 27/12/2011- Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Anexo V- Escala de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Direção Geral da Saúde (2019). *Norma nº 012/2019- Prevenção e Intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-h>

Anexo VI- Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

TABELA 37.5.1		Lista de eventos de vida da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe			
N.º	Acontecimento	Valor médio	N.º	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	27
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia/termina o emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	53	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	21
8	Despedimento	47	30	Problema com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudanças de condições ou hábito de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave da família	44	33	Mudança de escola	19
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de atividades religiosas	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança de situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança no nº de reuniões familiares	15
18	Mudança no tipo de trabalho	36	40	Mudança nos hábitos alimentares	15
19	Alteração do nº de discussões com o cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29			

Fonte: Figueiredo, H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. LIDEL Edições

Anexo VII- Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

Representação da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein			
APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.	X		
Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas atividades ou modificar o estilo de vida.		X	
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como, irritação, pesar e amor.		X	
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
Quase sempre: 2 pontos; Algumas vezes: 1 ponto; Quase nunca: 0 pontos Score: 7-10: Família altamente funcional; 4-6: Família com moderada disfunção; 0-3: Família com disfunção acentuada.			

Fonte: Azeredo, Z, Matos, E. (1989). Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics, II* (20), 24-30.

Anexo VIII- Escala das Forças Familiares

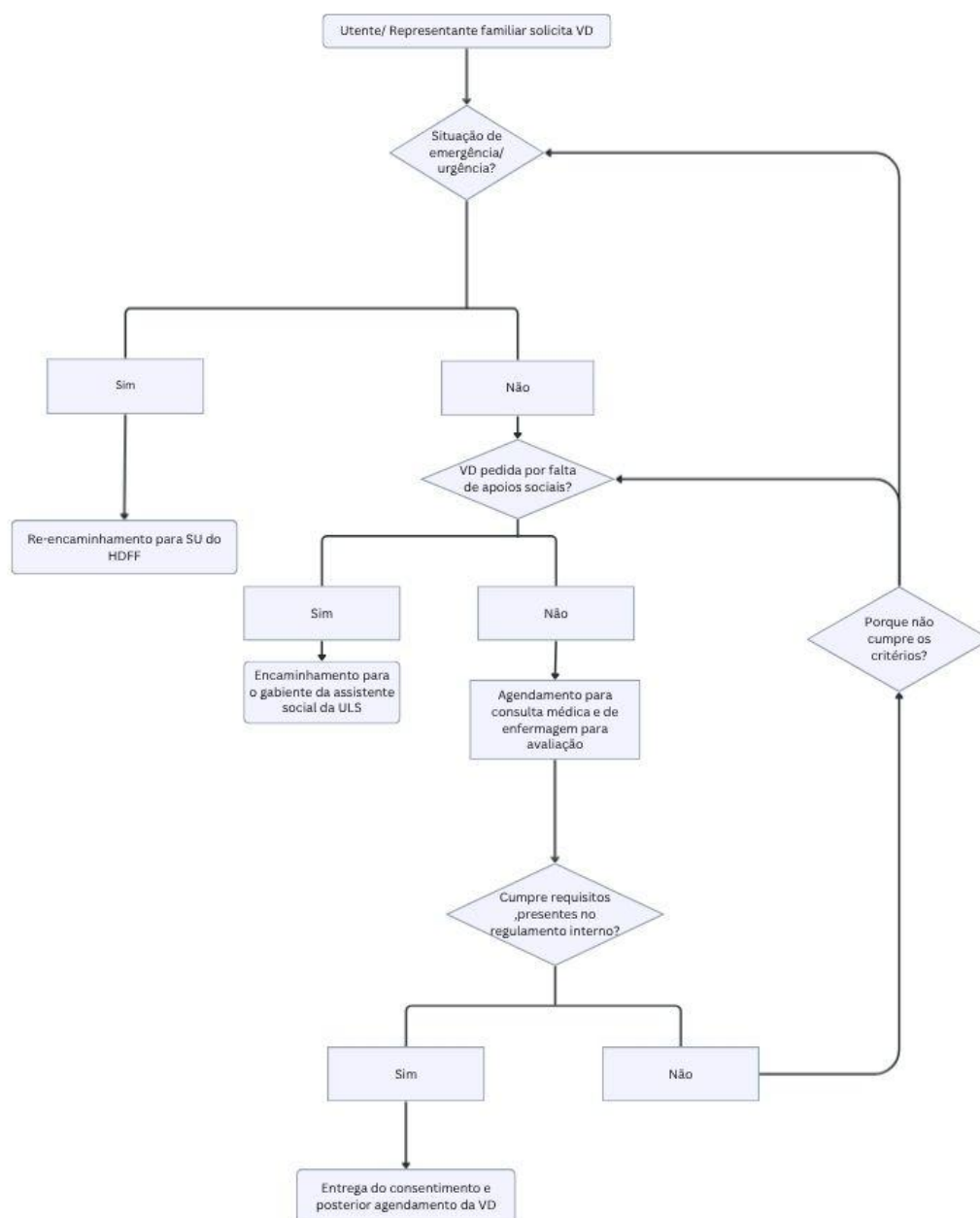
	Pontuação				
	1	2	3	4	5
1. Na minha família somos optimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas				X	
2. Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas				X	
3. Na minha família somos muito unidos				X	
4. Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião				X	
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto			X		
6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar				X	
7. Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projectos individuais e ao que é importante para si			X		
8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo					X
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas			X		
10. Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros				X	
11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer			X		
12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir				X	
13. Na minha família fazemos coisas e actividades em conjunto			X		
14. Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para rir				X	
15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros			X		

16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto				X	
17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos		X			
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a conseguir pagar as principais despesas				X	
19. Na minha família sabemos a que sítios temos que nos dirigir para cada dificuldade que surge				X	
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar				X	
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão			X		
22. Na minha família há valores que se deseja que toda a gente aprenda					X
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades				X	
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade nos podem ajudar a ser mais fortes				X	
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz				X	
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos				X	
27. A minha família consegue encontrar ajuda, quando precisa, nas pessoas que conhece				X	
28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros			X		
29. Na minha família as decisões importantes, que afectam todos, são tomadas em conjunto					X

Fonte: Melo, A. & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares. *Mosaico*, 48, 34-41.

Apêndice II- Fluxograma do procedimento da visita domiciliar

PROCEDIMENTO DA VISITA DOMICILIÁRIA (VD)



Apêndice III- Manual informativo para os cuidadores informais



ULS
BAIXO
MONDEGO



IPL
escola superior
de saúde
politécnica
de lisboa

Manual das famílias cuidadoras de utentes dependentes

Ana Rocha / USF Nautilus / Novembro 2025



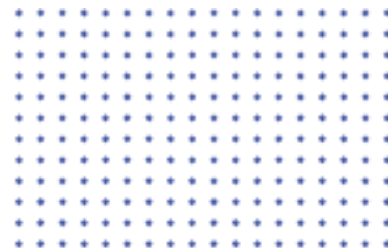


ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
COMO OBTER O ESTATUTO DE CUIDADOR INFORMAL?	5
1 - CUIDADOS DE HIGIENE E VESTUÁRIO	15
1. Higiene oral	15
2. Higiene corporal	16
1.1. Banho de chuveiro:	17
1.2. Banho no leito:	17
1.3. Higiene do cabelo na cama	19
1.4. Cuidados aos pés e unhas.....	19
1.5. Preparação da cama	19
1.6. Vestir	20
1.7. Despir/vestir uma pessoa acamada.....	21
1.7.1. Despir	21
1.7.2. Vestir	22
2 - ALIMENTAÇÃO	23
4.1. Alimentação de pessoa com disfagia.....	24
4.2. Alimentação por sonda nasogástrica	25
4.2.1. Mudança do adesivo de fixação da sonda nasogástrica	26
5 . ELIMINAÇÃO	28
5.1. Incontinência urinária	28
5.1.1. Incontinência urinária e fraldas.....	28

5.1.2.	Sonda vesical.....	30
5.2.	Obstipação.....	31
6.	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	32
6.1.	Administração de medicação por sonda nasogástrica	32
7.	POSICIONAMENTOS	33
	E TRANSFERÊNCIAS	33
7.1.	Prevenção de úlceras por pressão.....	33
7.2.	Posicionar a pessoa acamada.....	34
5.2.1	Posição de decúbito dorsal (deitado de costas) e sentado na cama.....	36
5.2.2	Posição de decúbito lateral (deitado de lado)	36
7.3.	Transferência da cama para a cadeira	37
8.	BRINCAR	39
9.	CUIDAR DO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS	40
10.	RECURSOS E APOIOS SOCIAIS	44
11.	LINHAS DE APOIO	48
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

INTRODUÇÃO



De acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006, publicado na I série do diário da República, publicado a de 6 de junho de 2006, entende-se por dependência, a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou carência de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, executar atividades da vida diária.

O familiar cuidador é a pessoa da família que assume primordialmente a responsabilidade de promover ações de suporte, que assiste e ajuda um membro da família com necessidades evidentes ou antecipadas, objetivando uma melhoria da qualidade e estilos de vida (Petronilho, 2007).

As dificuldades da família, na prestação de cuidados, estão relacionadas principalmente com a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social (Figueiredo, 2012).

O presente manual tem como objetivo orientar a prática dos familiares cuidadores de membro dependente no autocuidado com vista a melhoria dos cuidados prestados.



Existem dois tipos de cuidadores: o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal:

- Para obter o direito ao Estatuto do Cuidador Informal, os cuidadores e as pessoas cuidadas precisam de cumprir as seguintes condições:

- Tais condições gerais encontram-se representadas na seguinte tabela.

	Cuidador principal	Cuidador não principal
Que cuidados presta?	Cuida da pessoa dependente de forma permanente.	Cuida da pessoa dependente de forma regular, mas não permanente
Qual a relação com o depedente?	Familiar até 4.º grau (filhos, netos, bisnetos, irmãos, mãe e pai, tios, avós e primos) ou não familiar	
Onde mora?	Se não for familiar, tem de morar na mesma casa da pessoa cuidada e ter a mesma morada fiscal	Não é necessário morar com a pessoa cuidada, nem ter a mesma morada fiscal
Pode receber remuneração?	Não pode receber dinheiro por trabalhar ou pelos cuidados prestados à pessoa cuidada	Pode ou não receber dinheiro por trabalhar ou pelos cuidados prestados à pessoa cuidada
Pode receber subsídio de desemprego?	Não	Sim
Há guarda partilhada?	Não	Inclui o pai e a mãe, que têm guarda partilhada da pessoa cuidada
Tem direito a subsídio de apoio?	Sim, desde que cumpridos os requisitos legais	Não

De referir que os pais com regime de guarda partilhada de um menor que exija acompanhamento podem ser ambos seus cuidadores informais não principais e terão acesso à proteção conferida pela lei.

Requisitos para a pessoa cuidada

A pessoa cuidada tem de reunir todas as seguintes condições:

- A lei permite que cada pessoa cuidada tenha o **máximo de três cuidadores informais não principais**. Já quanto ao **principal**, só é permitido um. A lei não define, contudo, um limite máximo de pessoas cuidadas por cuidador principal, ainda que cada pedido só possa dizer respeito a uma. Quanto ao cuidador não principal, tão-pouco há impedimento legal a que um cuidador preste cuidados a mais do que uma pessoa.

Os cuidadores principais não podem ter remuneração oriunda de uma atividade profissional ou pelos “serviços” que prestam ao familiar, tal como não podem receber prestações de desemprego, nem pensões de velhice (salvo pensões antecipadas). Podem ter direito a um subsídio, cumpridos que estejam determinados requisitos e, finda a assistência à pessoa, a medidas de apoio à integração no mercado de trabalho.

Os **cuidadores não principais** já não têm de estar ligados às pessoas cuidadas por laços familiares, embora tenham de as acompanhar e cuidar. Podem ter ou não rendimento profissional e receber ou

não pelos cuidados prestados. Podem beneficiar de normas para conciliar a prestação de cuidados com a atividade profissional, entre outras medidas “de reforço à proteção laboral”.

Como pedir o estatuto de cuidador informal?

O pedido pode ser solicitado nos serviços da **Segurança Social** ou através do **portal da Segurança Social Direta**. No menu “Família”, escolha “Deficiência e Incapacidade” e clique em “Reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal”. Depois, assinale o tipo de estatuto que solicita: cuidador informal principal ou cuidador informal não principal.

Segundo a lei, pode ser cuidador informal todas as pessoas maiores de idade sem alterações definitivas ou temporárias do foro cognitivo. Sempre que possível, a **pessoa cuidada deverá dar consentimento informado para aceitar o seu cuidador informal**, sendo este consentimento revogável a qualquer momento.

Se a pessoa cuidada maior não estiver no pleno uso das suas faculdades, o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral, têm legitimidade para manifestar consentimento provisório. O requerimento para o reconhecimento do estatuto de cuidador informal deve ser instruído, com o comprovativo do pedido efetuado junto do tribunal, para intentar ação judicial de suprimimento de consentimento. Nas situações em que a pessoa cuidada não se encontra no pleno uso das suas faculdades, os mesmos familiares têm legitimidade para prestar a declaração de comunhão de habitação, quando exigível.

No momento do **registo**, são necessários os seguintes documentos:

- Documento do banco comprovativo do IBAN, onde conste obrigatoriamente a pessoa que faz o pedido como titular da conta, se pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária;
- Documento de identificação válido (cartão de cidadão ou bilhete de identidade, certidão de nascimento, passaporte e autorização de residência);
- Documento comprovativo de residência legal em Portugal;
- Declaração do cuidador informal a afirmar que reúne condições físicas e psicológicas para cuidar da pessoa cuidada (a incluir no requerimento de reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal).

Direitos do cuidador informal

Em termos gerais, o **cuidador informal**, devidamente reconhecido, entre outros, tem **direito a ser acompanhado** e a **receber formação** para prestar os cuidados, assim como informação de profissionais das áreas da saúde e da Segurança Social, por exemplo, sobre a evolução da doença e os apoios que pode ter.

O cuidador informal pode beneficiar de **apoio psicológico dos serviços de saúde**, mesmo após a morte da pessoa cuidada. Beneficia, também, de períodos de descanso para o seu bem-estar e equilíbrio emocional, do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino, e do subsídio de apoio ao cuidador informal principal.

Os **cuidadores não principais** têm direito a conciliar a **prestação de cuidados com a vida profissional e estudos**, através de licenças, trabalho a tempo parcial, horário flexível e proteção em caso de despedimento.

Outras medidas estão ainda previstas para auxiliar o cuidador informal na prestação dos cuidados de saúde incluem:

- Indicação de um profissional de saúde ou de um profissional de Segurança Social como contacto de referência;
- Criação de um Plano de Intervenção Específico (PIE) individual, isto é, elaboração de um documento que defina as necessidades de saúde e Segurança Social da pessoa cuidada, tendo em conta o diagnóstico dos profissionais para receber aconselhamento de profissionais de saúde e para desenvolver competências nos cuidados a prestar à pessoa cuidada;
- Pode ter um período de descanso, com base na avaliação feita no PIE, para reduzir o stress físico e emocional;
- Participação em grupos de autoajuda, organizados pelos serviços de saúde que o acompanham. Esses grupos são promovidos por profissionais de saúde e visam ajudar os cuidadores a partilhar experiências e a apoiar-se mutuamente, ajudando a reduzir o isolamento;
- Formação e informação por profissionais de saúde;
- Apoio psicossocial, aconselhamento, informação e orientação pelos serviços da Segurança Social e apoio domiciliário;

- Proibição de qualquer prática discriminatória no acesso ao trabalho, à formação profissional ou às condições de trabalho, relativamente ao trabalhador cuidador.

Direito ao descanso

O cuidador informal pode ter um período de descanso, com base na avaliação feita no PIE, para reduzir o stress físico e emocional. Para o descanso, a pessoa cuidada pode ser encaminhada, no âmbito da RNCCI, e com benefícios extras, para:

- Unidades de longa duração;
- Unidades de saúde mental com apoio máximo ou moderado.

Estes dois apoios são implementados pelo profissional de saúde de referência. A pessoa cuidada pode ser:

- Temporária e transitoriamente encaminhada e acolhida num estabelecimento de apoio social, designadamente numa estrutura residencial para pessoas idosas ou num lar residencial ou numa família de acolhimento para pessoas idosas e adultas com deficiência;
- Receber serviços de apoio domiciliário;
- Beneficiar da bolsa de cuidadores.

Por sua vez, estes três apoios para o descanso são implementados pelo profissional de referência da área da Segurança Social.

O descanso do cuidador, definido no PIE, deve ter em conta:

- A vontade e as necessidades do cuidador informal e da pessoa cuidada;
- As obrigações de trabalho do cuidador informal, caso existam;
- O nível de exaustão do cuidador, incluindo a sobrecarga;
- A rede de apoio social disponível;
- A proximidade da casa da pessoa cuidada.

Subsídio de apoio ao Cuidador Informal Principal

Para a atribuição do **subsídio de apoio ao cuidador informal principal**, o rendimento relevante do agregado familiar do cuidador tem de ser inferior a 1,3 vezes o indexante dos apoios sociais (IAS) em vigor, ou seja, a 679,25 euros (em 2025, 522,50 euros x 1,3).

Para avaliar se há direito a subsídio, o cuidador informal deve reunir as seguintes condições:

- Ter o estatuto de cuidador informal principal devidamente reconhecido;
- Respeitar o limite de rendimento do agregado familiar acima referido;
- Não receber prestações que acumulem com o subsídio, salvo se se tratar de pensões antecipadas, e desde que as condições legais sejam respeitadas.

Para se determinar o subsídio, consideram-se todos **os rendimentos brutos do agregado familiar**, soma-se tudo e, ao resultado obtido, é realizada uma ponderação a cada elemento do agregado. Por fim, divide-se o valor resultante do primeiro passo pelo do segundo passo.

Para **apurar o rendimento do agregado familiar**, consideram-se as seguintes remunerações:

- Rendimentos brutos de trabalho por conta de outrem (mas não contam, por exemplo, os rendimentos obtidos por jovens durante as férias);
- Rendimentos de trabalho independente;
- Rendimentos de capitais;
- Rendimentos prediais;
- Pensões;
- Prestações sociais, salvo as recebidas por encargos familiares, por deficiência e por dependência;
- Apoios públicos para a habitação.

O **Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal** pode ser aumentado se o cuidador principal estiver inscrito no regime de seguro social voluntário, que garante benefícios como prestações de doenças profissionais, maternidade, reforma por invalidez, reforma por velhice e subsídio por morte.

Para receber o subsídio, o **cuidador tem de ser maior** e ainda não ter atingido a idade legal de reforma por velhice que, em 2025, se situa nos 66 anos e 7 meses.

Trabalho a tempo parcial/ Horário flexível

O trabalhador cuidador tem direito a **trabalhar a tempo parcial pelo período máximo de quatro anos**, seguidos ou não, sem ser penalizado quanto à avaliação e progressão na carreira. Salvo acordo em contrário, o período normal de trabalho a tempo parcial corresponde a metade do praticado a tempo completo numa situação comparável e, conforme o pedido do trabalhador cuidador, é prestado diariamente, de manhã ou de tarde, ou em três dias por semana.

Em alternativa, o trabalhador pode optar pelo **horário flexível**, enquanto se verificar a necessidade de assistência.

Caso ocorram alterações posteriores relevantes (como o falecimento da pessoa cuidada), o trabalhador deve informar a entidade empregadora no prazo de **cinco dias úteis**.

Além de direitos, o cuidador informal também tem vários **deveres em relação à pessoa cuidada** e às entidades que o reconhecem e acompanham.

O cuidador informal deverá promover a satisfação das **necessidades básicas e instrumentais da vida diária da pessoa cuidada** através, por exemplo, do cumprimento da terapêutica recomendada, do desenvolvimento de estratégias para promover a autonomia e a independência, e contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Também deve promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo (com períodos de lazer), assegurar as condições de higiene pessoal e habitacional e alimentação e hidratação adequadas.

Também cabe ao cuidador informal **comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas, ou informar, no prazo de dez dias úteis, os serviços da Segurança Social de qualquer alteração à situação que determinou o reconhecimento de cuidador informal.**

A cessação da coabitação é um dos casos que determinam o fim do reconhecimento, mas também o será a desistência ou a morte do cuidador ou do cuidado, ou até a invalidez permanente e definitiva do cuidador.

O cuidador informal também tem o dever de colaborar com as ações de fiscalização do ISS.

E se o cuidador informal quiser voltar ao trabalho?

A lei já prevê uma série de medidas destinadas a facilitar o **regresso do cuidador informal principal ao mercado de trabalho**. Por exemplo, apoios do Instituto do Emprego e Formação Profissional, ofertas de emprego que correspondam ao seu perfil, orientação profissional, apoios à mobilidade geográfica, caso celebre um contrato de trabalho ou crie o seu próprio emprego, se isso implicar deslocação, e apoios ao empreendedorismo. Porém, continua por clarificar como funcionarão as medidas, na prática.

Caso o cuidador informal não exerça atividade profissional, mas estiver a estudar ou em formação profissional, podem ser-lhe reconhecidos os benefícios próprios do estatuto de trabalhador-estudante, quanto, por exemplo, a regimes de faltas e à realização de exames em épocas especiais.

Como pode o cuidador informal não principal ter acesso ao teletrabalho?

O trabalhador a quem tenha sido reconhecido o estatuto de **cuidador informal não principal** pode exercer a atividade em regime de **teletrabalho**, no máximo, durante **quatro anos, seguidos ou não**. A entidade empregadora só pode opor-se quando não estiverem reunidas as condições acima mencionadas, ou com fundamento em razões imperiosas do funcionamento da empresa.

Em que consiste a licença do cuidador?

O trabalhador cuidador tem direito a uma **licença anual de cinco dias úteis**, que devem ser gozados de modo consecutivo, para assistência à pessoa cuidada.

Deve **informar a entidade empregadora**, por escrito, da intenção de usufruir da licença, com **dez dias úteis de antecedência**. O pré-aviso deve indicar os dias abrangidos e ser acompanhado da declaração do trabalhador cuidador de que outros membros do agregado familiar do trabalhador ou da pessoa cuidada, caso exerçam atividade profissional, não gozam da mesma licença no mesmo período, ou estão impossibilitados de prestar assistência.

Durante o período de licença, o trabalhador não pode exercer atividade incompatível com a finalidade da mesma fora da sua residência habitual. A licença não determina a perda de quaisquer direitos, salvo quanto à retribuição.

A licença suspende-se por **doença do trabalhador**, mas, para tal, o mesmo tem de informar a entidade empregadora e apresentar o respetivo atestado médico. Após o fim do impedimento, a licença é retomada imediatamente. Não pode ser suspensa por conveniência do empregador.

Lei define outras proteções no trabalho para o cuidador

Está prevista a **proteção do trabalhador cuidador, em caso de despedimento** carecendo de parecer prévio da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

Relevante é igualmente a **dispensa de prestação de trabalho suplementar**. Enquanto se verificar a necessidade de assistência, o trabalhador não tem de o prestar.

Em caso de doença ou de acidente da pessoa cuidada, o trabalhador cuidador tem o direito de **faltar ao trabalho até 15 dias por ano**, para lhe prestar assistência inadiável e imprescindível e acrescem outros 15 dias por ano, no caso de a pessoa

cuidada ser cônjuge ou viver em união de facto. Nesse caso, cabe ao trabalhador provar o carácter inadiável e imprescindível da assistência, bem como provar que não há outros membros do agregado familiar a usar a mesma faculdade.

É importante que o prestador de cuidados avalie o grau de dependência da pessoa em relação à higiene pessoal, tendo em conta a sua segurança e estimular ao máximo a sua participação.

1. Higiene oral

A **higiene oral** é uma parte fundamental nos cuidados de higiene, não só promove o conforto da pessoa como:

- Previne infecções, cáries e aftas;
- Elimina restos de alimentos e microrganismos;
- Estimula a circulação do sangue;
- Evita o mau hálito.

Deve ser realizada ao **acordar pela manhã, após as refeições e antes de dormir**, mesmo se não se alimentar pela boca (uso de sonda).

Por vezes pode ocorrer a sialorria, ou seja excesso de baba que pode irritar a pele ao redor da boca. Para prevenir essa irritação, limpe puxando de fora para dentro as secreções da boca, fazendo um movimento lateral para o centro da boca, formando um “bico” com o tecido/guardanapo.

Material

Toaha de rosto:

Pasta dentífrica ou solução antisséptica e fita dentária:

Escova de dentes ou espátula tipo “palito de sorvete” envolta em gaze;

Recipiente para desprezar água suja;

Hidratante para os lábios:

Escova de unhas sem uso anterior para
limpeza de próteses ou coroa.

Copo com água;

Procedimento

1. Ajude a pessoa a sentar ou a levantar a cabeça (nunca efetue a higiene oral com a pessoa deitada, pois existe o risco de engasgar);
2. Coloque uma toalha seca por baixo do queixo;
3. Dê um pouco de água à pessoa para humedecer a boca;
4. Utilize a escova de dentes com dentífrico e escove suavemente os dentes, bochechas, gengivas e língua;
5. Limpe com fita dentária nos espaços entre os dentes, onde a escova não chega;
6. Se a pessoa usar prótese dentária (dentadura), retire-a e lave com água morna e pasta de dentes ou produto próprio. Não use água muito quente pois pode deformar a prótese. Se a pessoa apresentar feridas na boca, colocar a dentadura apenas na hora das refeições;
7. Dê um pouco de água fria à pessoa para bochechar e cuspir para a bacia;
8. Se a pessoa estiver inconsciente passe suavemente nos dentes, gengivas e língua uma compressa embebida em elixir. No caso de crianças em primeiros meses de vida, use uma gaze molhando-a em água filtrada, e passe-a na gengiva, bochechas e língua;
9. Coloque batom de cíeiro ou vaselina nos lábios.

2. Higiene corporal

A higiene corporal ajuda a manter a pele limpa e hidratada, previne problemas de pele e infecções, ajuda na circulação e a relaxar o familiar dependente.

Quando realizar?

O banho deve ser **diário**, a higiene íntima e das mãos deve ser realizada sempre que necessário;

Deve-se **escolher os horários mais quentes do dia** e respeitar sempre a preferência da pessoa. No caso dos **idosos**, o banho deve ser dado de manhã pois é quando o idoso tem mais energia.

Se o movimento do corpo causar dor, pode-se administrar um analgésico 30 minutos antes do banho.

Cuidados especiais:

- ## Onde realizar?

1.1. Banho de chuveiro:

1.2. Banho no leito:

Material necessário:

Pasta dentífrica e elixir:

(um deles deverá ter gel de banho dermoprotetor de pH neutro);

Esponja;

Escova de dentes macia, copo e
bacia;

Toalhas;

Fralda se necessário;

Creme hidratante;

Roupa de dormir;

Pente ou escova do cabelo;

Saco plástico;

Forro de plástico e de pano para proteger a cama.

Procedimento:

1. Inicie o banho pelo rosto (sem esquecer olhos e orelhas) e progrida até aos pés (lavar o cabelo sempre que necessário);
2. Lave uma parte do corpo de cada vez, destapando apenas essa zona;
3. Ajude a pessoa a virar-se de lado para lhe lavar as costas;
4. A zona genital e anal deve ser lavada no fim do banho, da frente para trás e, se a pessoa for homem, puxe cuidadosamente a pele que cobre o pénis, lave e seque.
5. Seque o corpo à medida que vai lavando, com especial atenção às pregas da pele (mamas, axilas e entre os dedos);
 - 5.1. Seque as regiões do corpo pela seguinte forma: Cara-Braços e axilas- Peito e abdómen- Zona genital- Pernas- Costas e nádegas.

Troque a água das bacias sempre que esta estiver suja ou fria, deixando a pessoa numa posição confortável e segura.

6. Aplique creme no corpo e penteie suavemente o cabelo. Caso se encontre emaranhado, separe o cabelo em madeixas e humedeça, e sem traumatizar penteie-as. Em caso de cabelos compridos prenda-o sem traumatizar no alto da cabeça
7. Vista a pessoa, e coloque-o numa posição confortável.
8. Quando não for possível o banho completo lave pelo menos a cara, as mãos, as axilas e os genitais do da pessoa diariamente.

ATENÇÃO: Se a pele tiver zonas ruborizadas que não passam com o alívio de pressão, feridas, borbulhas ou bolhas, contacte o enfermeiro de família!

1.3. Higiene do cabelo na cama

Material necessário:

- Champô;
- Toalha;
- Pente ou escova;
- Jarro com água morna;
- Dispositivo em calha, resguardo em plástico, balde ou saco de plástico;
- Secador.

Procedimento

1. Retire a almofada e substitua-a por uma toalha;
2. Coloque o dispositivo em calha por baixo da cabeça ou em alternativa o
3. resguardo de plástico direcionado para a beira do balde, ou um saco de
4. plástico;
5. Tape o peito com uma toalha;
6. Coloque a água sobre a cabeça e o champô;

1.4. Cuidados aos pés e unhas

A vigilância dos pés é particularmente importante com diabetes.

Vigie a pele dos pés, as unhas, calosidades e deformações.

O espaço entre os dedos deve ficar bem seco após o banho, porque a umidade promove o aparecimento de fungos.

As unhas devem ser cortadas, de preferência depois do banho, em linha reta e sem bicos nos cantos. Caso as unhas estejam muito grossas lime-as após o banho com uma lima de cartão.

Caso observe alguma alteração fale com o seu enfermeiro de família.



1.5. Preparação da cama

Após o banho poderá substituir a roupa da cama com a pessoa deitada.

Material necessário:

- Lençóis;
- Cobertor ou edredão.
- Fronha;
- Resguardo;

Procedimento:

1. Desentale a roupa por baixo do colchão;
2. Posicione a pessoa de lado e ajuste a almofada;
3. Remova a roupa enrolando-a até ao meio da cama e encostando-a bem à pessoa;
4. Posicione o lençol limpo a meio da cama e desdobre metade, entalando os cantos por baixo do colchão;
5. Coloque o resguardo a meio da cama e desdobre e entale metade;
6. Vire a pessoa para o lado oposto e ajuste a almofada;
7. Remova os lençóis sujos e puxe de seguida os lençóis e resguardos limpos que estão junto ao corpo da pessoa. Os lençóis e resguardo devem ficar bem esticados e sem dobras.
8. Entale os cantos dos lençóis sobre o colchão;
9. Ajude a pessoa a posicionar-se na cama;
10. Coloque o lençol de cima e entale no extremo inferior deixando folga para que não faça pressão sobre os pés e permita que movimente os pés:
11. Coloque o edredão ou cobertor sobre a pessoa tendo em atenção junto aos pés.
12. Atenção: o peso e a pressão dos cobertores poderão provocar úlceras por pressão nos pés.

1.6. Vestir

As preferências da pessoa devem ser preservadas sempre que possível. As mudanças, quando necessárias, devem ser feitas com a sua opinião e participação.

O vestuário deve ser:

- Confortável;
- Largo (que não aperte);
- De algodão;

1.7.2. Vestir

-
- Illustration of a man in a white t-shirt and dark pants sitting on the ground. He is holding a green jacket over his head with both hands. An arrow points upwards from the jacket, indicating the direction of movement.

Nota – Imagens retiradas de Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (s.d). Cuidados. À Pessoa Dependente.

2- ALIMENTAÇÃO

Devem ser promovidas as regras gerais de uma alimentação rica e variada de forma a assegurar a ingestão adequada de calorias e nutrientes. É importante que a refeição seja saborosa, colorida e equilibrada e que respeite as preferências da pessoa dependente.

Cuidados a ter na alimentação:

- Lembre-se que a pessoa a ser cuidada pode-se esquecer de comer pois muitas vezes não tem a noção das horas. Ofereça-lhe as refeições a horas, em vez de esperar que ele se lembre de as pedir;
- A pessoa na hora da refeição deve estar bem acordada e sentada;
- Sempre que for possível deve permitir que a pessoa se alimente sozinha, nem que tenha que lhe cortar os alimentos;
- Após as refeições, deve manter a pessoa sentada, durante cerca de 30min, para facilitar a digestão;
- Se a pessoa tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista e pergunte à sua equipa de saúde se é seguro continuar a alimentá-lo.
- No caso das crianças, sempre que possível, deve ser amamentada de forma exclusiva até o 6º mês de vida ,e contínua até os 2(dois) anos de idade ou mais. Crianças com paralisia cerebral, microcefalia e outras alterações no desenvolvimento podem apresentar dificuldades no sugar, mastigar e engolir. Isso ocorre pela falta de controle de alguns movimentos, como o da cabeça ou o da boca.

A dieta deve:

- Ser equilibrada, dividida em 4 a 5 refeições por dia;
- Saborosa e bem apresentada;
- Ser fácil de mastigar e de fácil digestão;
- De preferência alimentos cozidos, assados ou grelhados, evite o frito e o sal;
- Ser limitada em açúcar;

- Procure que a pessoa beba cerca de 6 a 8 copos de água por dia, oferecendo-a nos intervalos das refeições;

Tabuleiro de refeição;	Copo;
Guardanapo;	Babete ou resguardo.
Talheres;	

1. Explicar que é hora da refeição e pedir colaboração, se possível;
2. Sentar a pessoa;
3. Colocar o babete/ resguardo;
4. Alimentar a pessoa, respeitando o seu ritmo de mastigação e de engolir;
5. Ir oferecendo água;
6. Limpar os lábios da pessoa sempre que necessário;
7. Lavar a cavidade oral após a refeição;
8. Deixar a pessoa sentada 30 min após a refeição.

A disfagia é a dificuldade para engolir e encaminhar o alimento ou água da boca até o estômago.

Não é uma doença e sim um sintoma que precisa ser cuidado adequadamente, para não levar à perda de peso, desidratação e infecção respiratória (pneumonias).

A infecção respiratória/pneumonia ocorre quando os alimentos caem nos pulmões, em vez de seguirem o seu caminho natural até o estômago.

- Tente fazer as refeições num ambiente calmo, sem pressas;
- Alimente a pessoa sentada numa cadeira, com o corpo e a cabeça retos, na mesma linha;
- Se a criança usar biberão, procure uma posição confortável, com a cabeça levemente inclinada para trás, apoiada se necessário;
- Dê comida à criança, se ela puder comer pela boca;

- #### 4.2. Alimentação por sonda nasogástrica

Procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Preparar um tabuleiro com a refeição a administrar, resguardo de proteção, um copo de água e uma seringa de 100 ml (de bico largo);
3. Sentar a pessoa ou elevar a cabeceira da cama;
4. Adaptar a seringa à extremidade da sonda, dobrando-a previamente para impedir a entrada de ar;
5. Aspirar o conteúdo gástrico antes da refeição;
6. Se a quantidade do conteúdo gástrico for inferior a 100 ml pode administrar a alimentação;
7. Se a quantidade do conteúdo for superior a 100 ml, não administrar a alimentação e reavaliar passadas 2 horas;
8. Introduzir os alimentos lentamente e à temperatura ambiente;
9. Administrar 6 refeições de 250 a 300 ml por dia (espaço);
10. No final da refeição administrar cerca de 50ml de água;
11. Manter a pessoa sentada ou com a cabeceira elevada;
12. Entre as refeições administrar água várias vezes ao dia;
13. Lavar a seringa após cada refeição.



Nota – Imagens retiradas de Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (s.d). Cuidados. À Pessoa Dependente.

9. Administrar 6 refeições de 250 a 300 ml por dia (espaçadas de 2 a 3 horas);
10. No final da refeição administrar cerca de 50ml de água e colocar a tampa da sonda;
11. Manter a pessoa sentada ou com a cabeceira elevada durante 30 minutos;
12. Entre as refeições administrar água várias vezes ao dia (1,5 l por dia), exceto se contraindicado;
13. Lavar a seringa após cada refeição.

Cuidados especiais com a sonda

O adesivo do nariz deve ser mudado preferencialmente todos os dias, tendo o cuidado de não retirar a sonda do sítio. Ter o cuidado de limpar o nariz da pessoa diariamente;

4.2.1. Mudança do adesivo de fixação da sonda nasogástrica

Material

Adesivo hipoalérgico

Água

Toalha

Procedimento

1. Deverá pedir ajudar a uma pessoa enquanto descola o adesivo da narina, para prevenir que a sonda saia do sítio.
2. Cortar um pedaço de adesivo (preferência hipoalérgico) em forma de V;
3. Descolar o adesivo antigo
4. Limpar a pele do nariz e narinas;
5. Rodar delicadamente a sonda;
6. Colocar o novo adesivo de modo a que a sonda não fique a magoar a narina.
7. Mesmo que a pessoa seja alimentada apenas por sonda nasogástrica é importante fazer os cuidados de higiene à boca.



Nota – Imagens retiradas de Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (s.d). Cuidados. À Pessoa Dependente.

Contate o seu enfermeiro de família se:

- Se a sonda sair do sítio (exteriorizar) não a deve voltar a introduzir.
- A sonda se encontrar enrolada na boca;
- Sentir resistência ao introduzir os alimentos;
- A pessoa não tolera a alimentação.

5. ELIMINAÇÃO

Nas pessoas e com mobilidade reduzida, a eliminação encontra-se afetada.

Poderá haver uma diminuição, por um lado, do movimento intestinal e por outro, da energia muscular do abdômen, pelo que estas pessoas estão mais predispostas a apresentar obstipação e incontinência urinária.

5.1. Incontinência urinária

De forma a reduzir os episódios de incontinência ,definam um horário para ir a casa de banho/
oferecer o urinol, cadeira sanitária ou arrastadeira.

Recomendações:

- Mantenha a pessoa limpa, seca e com roupa confortável;
- Proporcione-lhe um ambiente de confiança e privacidade;
- Modifique as barreiras arquitetônicas;
- Tente que a casa de banho esteja o mais acessível possível, ou na impossibilidade usar um urinol ou reservatório;
- Mantenha a temperatura agradável na casa de banho;
- Instale barreiras de apoio e/ou use um assento de sanita elevando-a para que seja mais fácil sentar-se e levantar-se da mesma;
- Procure que o seu familiar vá regularmente à casa de banho;
- Durante a noite mantenha um urinol ou um reservatório perto da cama, com uma luz suave acesa;
- Não reduza a quantidade de líquidos, pois a hidratação é fundamental para o bom funcionamento do organismo;

5.1.1. Incontinência urinária e fraldas

Em último caso utilizar fraldas, temporária ou definitivamente. As fraldas devem ser escolhidas conforme o tamanho e capacidade de absorção e deve ser mudada sempre que haja um episódio de incontinência. Ter sempre em atenção à higiene e hidratação da pele a cada muda de fralda.

Alguns tipos de fralda têm compaticipação , informe-se junto do seu centro de saúde.

Material

Fralda;

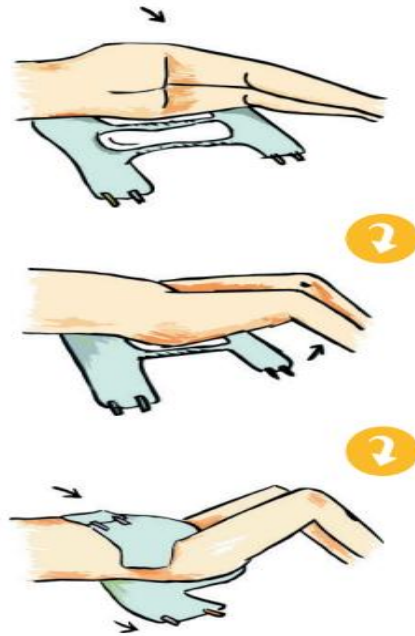
Toalha;

Creme Barreira;

Esponja com sabão e água morna;

Procedimento

1. Posicione a pessoa de lado, e retire a fralda pela parte de trás;
2. Realize a higiene dos órgãos genitais com sabão e água morna;
3. Aplicar creme barreira antes da nova fralda;
4. Coloque a fralda e volte a posicionar a pessoa para o lado oposto de forma a conseguir fechar a fralda.



Nota – Imagem retirada de: Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (s.d). Incontinência Urinária no Idoso.

Deve estar atento à existência de corrimento genital, queixas urinárias, pois podem representar sinais de infecção urinária. Caso ocorra, contacte o seu enfermeiro ou médico de família.

Se verificar que existem zonas ruborizadas (avermelhadas), feridas e pequenas bolhas contacte o seu enfermeiro ou médico de família.

Não utilize fraldas sobrepostas com a ideia de que vai conseguir absorver mais, que irá evitar fugas! Não só não dará resultado como aumenta a probabilidade de aparecerem macerações ou mesmo feridas!

5.1.2. Sonda vesical

Esta opção é reservada para as pessoas com **retenção urinária** (não conseguem urinar), com **incontinência urinária que possuam risco de desenvolver feridas ou já as possuam** na região que fica em contacto com a urina. A sonda vesical é introduzida pela uretra e fica fixa com um balão.

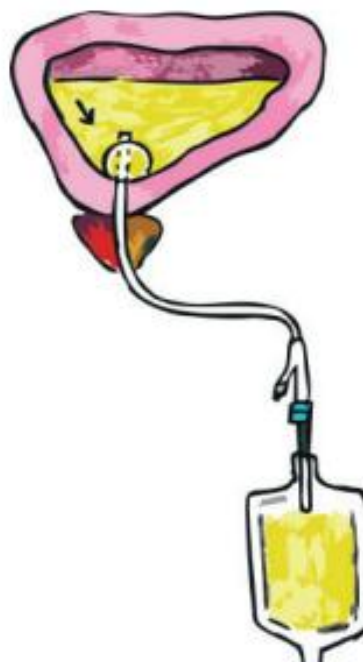
As **sondas de curta duração** (latex) devem ser substituídas **entre 10 a 15 dias** e as de **longa duração** (de silicone) **entre 2 a 3 meses**, variando de acordo com o fabricante.

As sondas necessitam de uma série de cuidados por parte do prestador de cuidados de forma a manter o seu funcionamento adequado e evitar infeções.

Cuidados a ter com a sonda vesical:

A algaliação aumenta o risco de infeção urinária pois é uma porta aberta para a entrada de microorganismos, como as bactérias. Assim a manipulação da sonda e saco coletor deve ser cuidadosa e respeitar alguns princípios.

- A pessoa deve beber pelo menos 1,5L de água diários;
- O cuidador deve lavar as mãos antes e depois de manipular a sonda;
- A sonda vesical, o saco coletor e os genitais devem ser mantidos limpos, para evitar infeções;
- Sempre que lavar os genitais da pessoa, o tubo visível da sonda vesical deve também ser lavado com água e sabão;
- Evitar puxar ou empurrar a sonda vesical, para não causar feridas;
- O saco coletor deve ser colocado abaixo do nível da bexiga, sem colocar no chão;
- Usar preferencialmente sacos coletores com torneira e usar a torneira para esvaziar o saco, evitando assim desadaptar a sonda vesical do saco coletor;
- O saco coletor sem válvula deve ser substituído quando estiver 2/3 da sua capacidade;



Nota – Imagem retirada de: Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (s.d). Incontinência Urinária no Idoso.

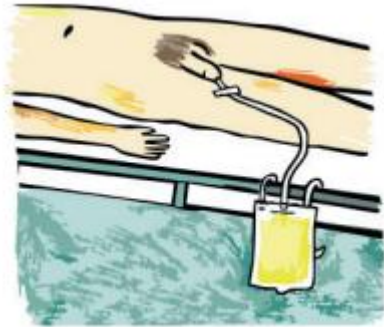
- Substituir o saco coletor a cada 3 a 5 dias ou sempre que estiver danificado;

Deve-se **fixar a algália** para prevenir puxões que poderão magoar e provocam traumatismos. No homem deverá ser fixa na região superior da coxa ou na região infra-abdominal, devendo ser mudada a fixação conforme o posicionamento, isto é, quando virado para o lado direito, a onda é fixada à esquerda. Na mulher deve ser fixada na face interna da coxa. Esta fixação deve ser feita com adesivo, de preferência antialérgico.

Ao fixar a algália use dois adesivos: um na pele e outro a unir a algália ao primeiro adesivo.

O **saco coletor** deve ser preferencialmente **com torneira** para assim a abrir e despejar **quando estiver entre os 800 e os 1000 ml**. Clampe o saco antes de despejar.

Abra a torneira diretamente para um recipiente bem lavado e feche a torneira. Depois limpe novamente a torneira com álcool



Nota – Imagens retiradas de:
Estrutura de Missão Rede Regional
de Cuidados Continuados
Integrados (s.d). Incontinência
Urinária no Idoso.

Quando contactar a equipa de saúde?

- Na presença de febre, urina espessa ou turva ou com cheiro intenso;
- Se apresentar inflamação da uretra;
- Se observar sangue dentro ou fora da sonda;
- Quando não urinar ou o volume de urina diminuir acentuadamente apesar de ingestão abundante de líquidos;
- Se perder urina em grande quantidade por fora da sonda;
- Na presença de dor na bexiga.

5.2. Obstipação

Dê alimentos com muita fibra, como frutas, nozes, vegetais e cereais.

Verifique se a pessoa bebe líquidos suficientes.

Ajude a pessoa a fazer exercício todos os dias para estimular o intestino.

6. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Ao administrar a medicação deve ter em atenção os seguintes aspetos:

A administração de medicamentos deve ser sempre efetuada respeitando a prescrição médica;

As dosagens e horários devem ser cuidadosamente respeitados;

A data de validade do medicamento deve ser sempre verificada;

Os utentes devem tomar sempre os comprimidos, capsulas ou outro medicamento oral, na posição de sentado. Se tal não for possível, deve posicionar-se a pessoa de lado;

Se houver dificuldade em engolir a medicação, esta deve ser triturada numa pequena quantidade de água.

6.1. Administração de medicação por sonda nasogástrica

Material necessário:

Copo com água;

Medicamento;

Seringa;

Almofariz e pilão.

Procedimento:

1. Os medicamentos a serem administrados pela sonda devem ser triturados no almofariz;
2. Junte os medicamentos triturados com um pouco de água até se dissolverem;
3. Administre os medicamentos pela sonda, como anteriormente descrito na administração da alimentação;
4. No final da administração lave a sonda com cerca de 30 ml de água para que não fiquem resíduos de medicação na sonda;
5. Coloque a tampa na sonda.

7. POSICIONAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS

As pessoas dependentes que permanecem muito tempo na mesma posição têm um risco aumentado de apresentarem úlceras por pressão e problemas de circulação.

Os posicionamentos permitem:

- Promover o conforto e bem-estar;
- Estimular a circulação, respiração, regular o trânsito intestinal e exercício;
- Prevenir a perda muscular;
- Facilitar a mobilidade das secreções;
- Prevenir posições viciosas;
- Prevenir lesões na pele (úlceras por pressão).

Quando a pessoa dependente se encontra numa posição confortável oferece alguma resistência em querer mobilizar. Poderá ter que insistir para que mude de posição.

Cuidade da sua postura!

Antes de realizar qualquer movimento, pense na sua postura para evitar lesões! Dev adotar uma postura que distribua o peso por todos os músculos de seu corpo:

- Costas direitas;
- Joelhos dobrados;
- Pés separados cerca de 30 cm;
- O seu corpo deve estar perto do corpo da pessoa e orientado para a direção do movimento que vai realizar;
- Realizar os movimentos devagar.

7.1. Prevenção de úlceras por pressão

Como prevenir úlceras por pressão?

Assegure que a pessoa permanece alternadamente entre a cama e a cadeira, quando possível;

Mude a posição da pessoa na cama com frequência (idealmente de 2 em 2 horas), posicionando-a sobre o lado esquerdo e o direito e de costas;

Desloque a pessoa na cama sem a arrastar;

Mantenha os lençóis da cama secos e sem rugas;

Mantenha a pele da pessoa limpa e seca;

Forneça uma dieta saudável e assegure que bebe líquidos em quantidade suficiente;

Contacte o enfermeiro de família se verificar que a pele da pessoa tem zonas avermelhadas ou feridas;

Utilize um colchão ou almofadas que evitem a pressão, conforme as indicações do seu enfermeiro de família.

Locais comuns onde surgem úlceras de pressão:

Décubito dorsal:

- Cabeça
- Cotovelos
- Cóccix (base da espinha)
- Calcânhares



Nota - Imagem retirada de: USF Fénix (2023). *Manual do Cuidador*.

Decúbito lateral:

- Orelha
- Ombro
- Anca
- Joelho
- Tornozelo



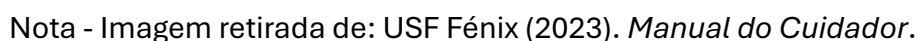
Nota - Imagem retirada de: USF Fénix (2023). *Manual do Cuidador*.

7.2. Posicionar a pessoa acamada

Sempre que mobilizar a pessoa dependente deve ter em atenção a sua coluna e, se possível, peça ajuda.

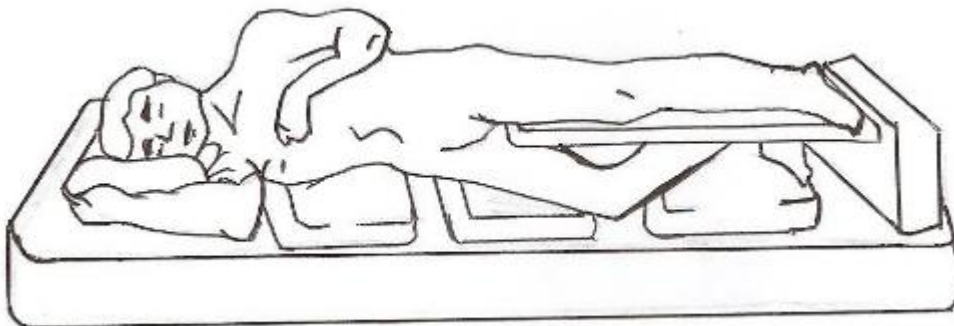
- ### 5.2.1 Posição de decúbito dorsal (deitado de costas) e sentado na cama

1. Firme os seus pés, bem separados;
2. Dobre os joelhos da pessoa;
3. Coloque uma mão nas costas e outra nas coxas da pessoa e eleve no sentido da cabeceira da cama;
4. Elevar as pernas com uma almofada, de forma que os calcanhares não toquem no colchão.
5. Colocar almofada nos pés para que estes fiquem apoiados.



Procedimento

1. Retire as almofadas suplementares;
2. Utilize o resguardo para mobilizar o doente, tendo o cuidado de o levantar e não arrastar pois provoca feridas por fricção;
3. Coloque a sua mão no ombro e na anca do doente e faça rolar o corpo na sua direção. Deste modo o doente começará naturalmente a virar-se para si;
4. Coloque uma almofada nas costas do doente e dobre confortavelmente contra a pessoa para lhe dar mais apoio e conforto; verifique se o braço e o ombro de baixo estão numa posição confortável. O braço e a mão de cima podem ficar mais confortáveis se forem colocados sobre uma almofada;
5. Posicione a perna que fica por cima ligeiramente para a frente para evitar que fique pousada sobre a de baixo e coloque uma almofada ao longo da coxa;
6. Coloque outra almofada ao longo da perna para evitar zonas de pressão na pele e para apoiar bem. A almofada deve ir um pouco além do pé, para que o tornozelo e o pé não fiquem desapoitados.



Nota - Imagem retirada de: USF Fénix (2023). *Manual do Cuidador*

7.3. Transferência da cama para a cadeira

Procedimento:

1. Vista a pessoa com calçado bem adaptado ao pé e com sola antiderrapante;
2. Coloque a cadeira ao lado da cama, de forma a formar um ângulo de 45°;
3. Ajude a pessoa a sentar-se com as pernas para fora da cama;
4. Segure a pessoa pela cintura, parte de trás das calças;
5. Estabilize os joelhos da pessoa colocando os seus à frente;

-

Manual do
Cuidador | 38

8. BRINCAR

No caso das crianças dependentes, a brincadeira tem um papel especial no seu desenvolvimento, porque fortalece a interação com o ambiente com que interage diariamente e com os seus pais, A brincadeira deve ser realizada respeitando o ritmo e as necessidades de cada criança.

Recomendações

- Sempre que possível, as brincadeiras devem fazer parte das atividades diárias da família.;
- Os brinquedos devem ser adequados à idade da criança e ao tamanho das suas mãos;
- Utilizar materiais que podem ser construídos pela família, de forma simples e com baixo custo. Podem ser utilizados materiais recicláveis e outros brinquedos coloridos, que emitam sons.
- Sempre que puder, olhe para a criança e responda aos seus movimentos e sons;
- Conversar usando frases curtas, histórias e canções;
- É importante adaptar o ambiente para que a criança se sinta mais segura e independente.

Por exemplo:

- É importante evitar locais onde a criança possa cair, como mesas, cadeiras, camas e banheiras.
- Para evitar quedas, deve colocar grades na cama com pouco espaço entre as hastas.
- É melhor usar tapetes que não deixem as crianças escorregarem.
- Se possível, substitua as escadas por rampas.
- Se for preciso, garanta que as cadeiras de rodas podem passar pela casa em segurança.
- Proteger as calhas dos móveis.
- Proteger as tomadas é importante.



9. CUIDAR DO FAMILIAR PRESTADOR DE CUIDADOS

Há muitas razões que levam uma pessoa a cuidar de alguém. Às vezes, a pessoa começa a cuidar sem ter planejado, porque aparece uma necessidade e ela tem de cuidar. Não é porque quer cuidar que começa a cuidar.

Os cuidados prestados podem ter um impacto negativo na vida do cuidador informal, principalmente em termos de bem-estar.

Saúde Física	Saúde Mental e Psicológica
Fragilidade do sistema imunitário; Aumento de sintomas de depressão, ansiedade e dores; Apareciemnto/ Intensificação de perturbações de sono; Aumento do cansaço, fadiga e lesão musculoesqueléticas (contracturas, dores lombares e cervicais, fraturas ósseas e hérnias, entre outras); Prevalência de doenças crónicas.	Aparecimento/ Aumento de sintomas de depressão, como choro, cansaço, snrtimento de vazio, medo de falahr,raiva, frustração, tristeza, desespero, apatia etc.); Apareciemnto/ Aumento de sintomas de ansiedade, como receio de não conseguir prestar os devidos cuidados, de não conseguir atender as necessidades de todos os eleemntos da família etc.; Diminuição da satisfação com a vida; Aumento da culpabilização por acreditaer que não está a fazer o suficiente, ou que não tem direito a tirar tempo para si,etc.
Relações familiares/ sociais	Atividade profissional/ financeira
Aumento de conflitos familiares	Diminuição de produtividade Aumento de despesas;

- Esteja atento a sinais de alarme- se verificar que é frequente “perder a cabeça” é sinal que deve procurar ajudar. Não fique envergonhado ou frustrado, porque tal decorre da situação em que se encontra;
- Procure informação e aconselhamento sobre a doença, e como prestar cuidados em fontes fidedignas;
- Tire tempo para si- retome atividades que gosta e que o motivam no seu dia-a-dia
- Não dê importância a críticas de pessoas que são alheias à situação que vive;
- Não se isole e mantenha os seus contactos sociais- o convívio pode ajudá-lo a distrair-se;
- Aprenda a lidar com o stress- identifique e ponha em prática pequenas técnicas que lhe aliviam a tensão causada pela situação de cuidar de alguém (ex: fazer uma caminhada; falar com alguém etc.)
- Fale com pessoas que estão ou estiveram numa situação semelhante- a partilha de experiência ajudará a perceber que não está sozinho e a aprender novas formas de lidar com a situação e perceber que “problema dividido é meio problema resolvido”;
- Não desucre a restante família- Eles também precisam de si, tal como você precisa deles;
- Esteja disponível para aceitar ajuda de outros e os recursos da sua comunidade.

10. RECURSOS E APOIOS SOCIAIS

Produtos de apoio

Os produtos de apoio, designados como ajudas técnicas, destinam-se a compensar a deficiência ou atenuar as suas consequências. Podem prescrever esses produtos de apoio os centros de saúde (nível 1), os hospitais distritais (nível 2), os hospitais centrais e os hospitais distritais e centros especializados (nível 3). Quanto mais elevado o nível de prescrição maior a quantidade e especificidade dos produtos de apoio que podem ser prescritos pela instituição.

Depois de obtida a prescrição, pode existir a possibilidade de obter financiamento do produto de apoio através do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.

Alguns exemplos de produtos de apoio são:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| • Cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas | • Almofadas para prevenir úlceras de pressão, | • Materiais e equipamentos para alimentação adaptados | • Materiais e equipamentos para higiene |
| • Elevadores de transferência | • Próteses | • Ortóteses | • Adaptações para carros |
| | • Camas articuladas | • Colchões ortopédicos | |

Apoio domiciliário

No caso de necessitar de apoio para as atividades de vida diária do dependente, deve dirigir-se à Junta de Freguesia da sua área de residência e informar-se quais as instituições que prestam serviço de apoio domiciliário.

Estão abrangidos o apoio em higiene pessoal, o apoio em higiene no domicílio, o fornecimento de refeições e tratamento de roupa.

O valor a pagar pelo apoio domiciliário depende dos rendimentos e das despesas (renda, água, luz e medicação) que apresente.

Atestado médico de incapacidade multiuso

O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso determina o grau de incapacidade do doente. Para obter este atestado deve requisitar uma Junta Médica de Verificação de Incapacidade, na sua unidade de saúde.

Este atestado é necessário para que a pessoa com incapacidade tenha facilidades nas seguintes situações:

Aquisição de viatura própria	Contingente especial para o ensino superior	Aquisição ou construção de habitação	Benefícios fiscais em sede de IRS
Produtos de apoio	Isenção do IUC	Prioridade no atendimento nos serviços públicos	Quota de emprego na Administração Pública
Incentivos do IIEFP à contratação de pessoas com deficiência no setor privado	Cartão de estacionamento modelo comunitário para pessoas com deficiência com mobilidade condicionada	Disposições do Código do Trabalho para trabalhadores com deficiência	

Isenção de taxas moderadoras

A isenção de taxas moderadoras é solicitada no centro de saúde da área de residência ou através do Portal da Saúde online.

Terá que se deslocar ao centro de saúde para emitir um documento que comprove a isenção do pagamento da taxa moderadora e a sua validade. Podem beneficiar de isenção de taxas moderadoras:

- Pessoas com um grau de incapacidade superior a 60%;
- Pessoas com insuficiência de rendimentos, isto é, cuja média do rendimento do agregado familiar não ultrapasse os 628,83 euros;
- Pessoas desempregadas.

Subsídio de Assistência a Filhos com Deficiência, Doença Crónica ou Doença Oncológica

Este subsídio é um apoio em dinheiro destinado a quem tem de tirar uma licença profissional para acompanhar filhos (biológicos, adotados ou do seu cônjuge) com deficiência, doença crónica ou doença oncológica, por um período de até seis meses, prorrogável até quatro anos. Com declaração médica, a licença pode chegar a seis anos, no máximo. Neste caso, deve comunicar à Segurança Social a necessidade de prolongar a licença, no mínimo, 10 dias úteis antes do fim da licença em curso.

Têm direito a este apoio:

- Trabalhadores por conta de outrem (a contrato) que descontem para a Segurança Social;
- Trabalhadores independentes (com recibos verdes) ou empresários em nome individual, que façam descontos para a Segurança Social;
- Beneficiários do seguro social voluntário que trabalhem em navios de empresas estrangeiras;

- Bolseiros de investigação;
- Quem esteja a receber pensão de invalidez relativa, pensão de velhice ou pensão de sobrevivência e simultaneamente, a trabalhar e a realizar descontos para a Segurança Social;
- Trabalhadores na pré-reforma;
- Desportistas profissionais;
- Trabalhadores bancários.

Condições necessárias para obter este subsídio:

- A criança deverá possuir uma deficiência/ doença crónica/doença oncológica comprovada pelo médico e fazer parte do agregado familiar do beneficiário e partilhar morada.
- O beneficiário deverá apresentar o comprovativo médico da necessidade de assistência e de o outro progenitor trabalhar/ se encontrar impossibilitado de prestar assistência.

O subsídio deve ser pedido no espaço de seis meses a contar do dia em que deixou de trabalhar para acompanhar a criança;

Este subsídio pode acumular com:

- Pensão de invalidez relativa, se estiver a fazer descontos para a Segurança Social;
- Pensão de velhice, desde que esteja a trabalhar e a descontar para a Segurança Social;
- Pensão de sobrevivência, desde que esteja a trabalhar e a descontar para a Segurança Social;
- Pensões ou indemnizações por acidente de trabalho ou doença profissional;
- Rendimento Social de Inserção;
- Complemento Solidário para Idosos;
- Pré-reforma, desde que exerça atividade enquadrada em qualquer dos regimes de Segurança Social dos trabalhadores por conta de outrem, independentes ou seguro social voluntário.

Serviço Municipal de Teleassistência- 233 401 860

Universidade Sénior- 233 428 139

Matinés Dançantes- 233 401 860

Medida Radar Social- 233 401 863

CASA (Centro de Apoio ao Sem Abrigo) - 233 096 724

Projeto “Eu, consigo” (projeto de intervenção no cidadão sem-abrigo) – 233 428 088

Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental- 233 418 878

APPACDM (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental) - 233 402 630

Rede Interinstitucional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica- 233 401 860

Links de apoio

Ações sociais e saúde - <https://www.cm-figfoz.pt/pages/741>

SAAS - Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social do Município da Figueira da Foz-

<https://www.cm-figfoz.pt/pages/1385>

Isenção do pagamento de taxas moderadoras por insuficiência económica -

<https://www.sns24.gov.pt/servico/pedir-isencao-de-taxa-moderadora/>

Regime Especial de Comparticipação no Custo dos Medicamentos - [https://www.acss.min-](https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/regimes-especiais-de-comparticipacao-de-medicamentos/)

[saude.pt/2016/09/19/regimes-especiais-de-comparticipacao-de-medicamentos/](https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/19/regimes-especiais-de-comparticipacao-de-medicamentos/)

Produtos de apoio do Instituto Nacional para Reabilitação – <https://www.inr.pt>.

Carência socioeconómica - <https://www.seg-social.pt/carencia>

Cuidador Informal - <https://www.seg-social.pt/cuidador-informal>

Deficiência - <https://www.seg-social.pt/deficiencia>

Dependência - <https://www.seg-social.pt/dependencia>

Desemprego - <https://www.seg-social.pt/desemprego>

Doença - <https://www.seg-social.pt/doenca>

Encargos com Crianças e Jovens - <https://www.seg-social.pt/encargos-com-as-criancas-e-jovens>

Invalidez - <https://www.seg-social.pt/invalidez>

Maternidade e Paternidade - <https://www.seg-social.pt/maternidade-e-paternidade>

Morte - <https://www.seg-social.pt/morte>

Reforma - <https://www.seg-social.pt/reforma>

Respostas sociais para Crianças e Jovens - <https://www.seg-social.pt/criancas-e-jovens>

Respostas sociais para Crianças e Jovens em situação de perigo - <https://www.seg-social.pt/criancas-e-jovens-em-situacao-de-perigo>

Deficientes - <https://www.seg-social.pt/deficientes>

Família e Comunidade - <https://www.seg-social.pt/familia-e-comunidade>

Idosos - <https://www.seg-social.pt/idosos>

Toxicodependentes - <https://www.seg-social.pt/toxicodependentes>

Sem Abrigo - <https://www.seg-social.pt/sem-abrigo>

Vítimas de violência doméstica - <https://www.seg-social.pt/vitimas-de-violencia-domestica>

Doentes do foro psiquiátrico - <https://www.seg-social.pt/doentes-do-foro-psiquiatrico>

- Manual do
Cuidador | 51



**Apêndice IV- Certificado de participação no “XVII ENCONTRO DO DIA
INTERNACIONAL DA FAMÍLIA: POLÍTICAS VOLTADAS PARA A FAMÍLIA -
RUMO AO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL”**

XVII ENCONTRO DO DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA

**Políticas voltadas para a família
rumo ao desenvolvimento sustentável**



Certificado

Certifica-se que **Ana Patrícia Gil Rocha**, nascido(a) a 1998-08-25, de nacionalidade Portugal, portador(a) do Documento de Identificação nº 15616473, participou no **XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável**, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que decorreu no dia 15 de maio de 2025, em formato *online*.

Coimbra, 19 de maio de 2025

Pela Comissão Organizadora

Professora Doutora Cristina Maria Figueira Veríssimo

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

**Apêndice V- Certificado de participação no “V I CONGRESSO
INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR”**



CINESF
**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

ANA PATRÍCIA GIL ROCHA

Esteve presente no

**VI Congresso Internacional de
Enfermagem de Saúde Familiar,**

em formato online, que decorreu nos dias 29, 30 e 31 de Maio
de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar - Associação
NIF 512 300 450
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

**Apêndice VI- Certificado de participação no “CICLO WEBINARES -
FUTURO DA ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR - 5ª SESSÃO”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA PATRÍCIA GIL ROCHA

membro nº 98214 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo webinares - Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar - 5ª Sessão", realizado no dia 3 de Junho de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Ponta Delgada, 3 de Junho de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Pedro Soares

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**Apêndice VII- Certificado de participação no “CONGRESSO
INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA “**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA PATRÍCIA GIL ROCHA

membro nº **98214** desta Ordem, participou no(a) "**Congresso Internacional de Enfermagem Comunitária**", realizado de **12 de Setembro de 2025 a 13 de Setembro de 2025**, com duração total de **9 horas e 30 minutos**, no(a) **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**.

Coimbra, 13 de Setembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,75 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**Apêndice VIII- Certificado de participação no “II Encontro de Enfermagem
de Saúde Familiar”**



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Patrícia Gil Rocha** participou no II Encontro de Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, a 7 de junho de 2025, entre as 9h00 e as 17h30.

O Diretor,

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Rui Manuel da Fonseca Pinto', is written over a horizontal line.

Rui Manuel da Fonseca Pinto

**Apêndice IX- Certificado De Participação No Workshop “ATUAÇÃO DA
FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO”**



CINESF
**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

ANA PATRÍCIA GIL ROCHA

Esteve presente no Workshop

Atuação da família na prevenção da lesão por pressão

que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior
de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

**Apêndice X- Certificado De Participação No Workshop “FAMÍLIAS NO
FINAL DO CICLO VITAL”**



CINESF
**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

ANA PATRÍCIA GIL ROCHA

Esteve presente no Workshop

Famílias no final do ciclo vital

que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior
de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Apêndice XI – Tradução Do Panfleto “COMO PREPRAR UM BIBERÃO”

Questions? Just ask!

Scan this QR code to learn more about how to prepare the baby's bottle!



Trabalho elaborado por: Ana Patrícia Gil Rocha, aluna do mestrado de Saúde Comunitária, área de Saúde Familiar da EssLei, sob a orientação da Enf.ª Patrícia [REDACTED]

Tradução realizada por: Ana Rocha a 22 de dezembro 2025

Documento aprovado pelo Conselho Técnico a 25/06/2025

USF



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO



HOW TO PREPARE YOUR BABY'S BOTTLE

Contactos

WHEN SHOULD THE BABY EAT?

The baby should be fed as soon as they show signs of hunger, such as:

- ◊ Rapid eye movement;
- ◊ Sucking their hands eagerly;
- ◊ Smacking their lips.
- ◊ Searching reflex (turning their head and opening their mouth);

There is no set number of feeds or duration.

As they grow and diversify their diet, **the bottle will be gradually replaced by solid meals.** The transition should be made at the **baby's own pace and according to their preferences.**



Do:

- Store the can of powdered milk for one month;
- Give immediately or store in the refrigerator at a temperature between 2 and 4°C for a maximum period of 24 hours, as it spoils quickly;
- Always sterilize the bottle;
- Add the powder after the water has cooled for 30 min;
- Shake the bottle until the powder dissolves;
- Always check the temperature of the milk before giving it to the baby.

Do not:

- Do it by eye;
- Reusing or reheating the same water more than once;
- Boiling or heating the bottle in the microwave, so as not to destroy proteins and nutrients or cause burns;
- Using the dishwasher to sterilize;
- Using hot water directly from the tap;
- Adding sugar or cereals;
- Freezing milk in the bottle;

CLEANING, STERILIZING, AND/OR STORING THE BABY BOTTLE

- ⇒ **Clean** the countertop;
- ⇒ **Wash your hands thoroughly** with soap and hot water and **dry** them with a clean towel;
- ⇒ **Wash** all bottle components with hot water and suitable detergent: use a bottle brush/nipple brush to wash the inside/outside and ensure that all milk residues are removed.

The steam produced by a sterilizer is the best way to ensure that baby bottles are sterilized.

Alternatively, sterilize the bottle by boiling it in a pan. Fill the pan with tap water, ensuring that all parts of the bottle are covered and that no air bubbles remain trapped during boiling.

- ⇒ **Rinse** all bottle components thoroughly.
- ⇒ **Boil** for at least 5 minutes, keeping the lid on the pan until the bottle is ready to use.
- ⇒ Always handle the bottle from the outside, without touching the nipple to avoid contamination.

Protect the baby bottle with the cap, ensuring that it does not touch the inside, to prevent contamination! Store the sterilized empty baby bottle for up to 24 hours. If you do not use it within that time, sterilize it again. **If the baby bottle is opened for any reason, it is no longer sterile.**

PREPARING THE BABY BOOTLE

- ⇒ **Boil water** in an electric kettle/pot;
- ⇒ Allow the water to cool in the electric kettle/pot for a maximum of 30 minutes;
- ⇒ **Clean** the countertop;
- ⇒ **Wash your hands** thoroughly with soap and hot water and dry them with a clean towel;
- ⇒ **Check the expiry date** after opening and read the preparation instructions on the infant formula packaging label carefully to identify the quantities of powder and water required (usually 1 level scoop of powder for every 30ml of water);
- ⇒ Fill the sterilized bottle with the exact amount of water. The water will still be at 70 °C, so take the necessary precautions to **avoid burns**;
- ⇒ **Add the exact amount of powder to the water** in the bottle using the measuring spoon provided, which should be properly cleaned;
- ⇒ **Place the capped nipple** on the bottle and shake until the powder dissolves;
- ⇒ Close the infant milk container after use to protect it from germs and impurities.

WARNING

The water used **should not** be mineral water or sparkling water, as these are dangerous for babies.

Before feeding your baby, always check the temperature by placing a few drops of milk on the inside of your wrist: it should be warm, not hot.

HOW TO GIVE THE BABY A BABY BOTTLE?

The person feeding the baby should sit in a **comfortable position** with their back supported, using a pillow to support their arm and the baby's body.

1. **Lay the baby in a semi-sitting position**, snuggling them close to your body and keeping them awake at all times.
2. **Tilt the baby's head slightly back** to prevent choking, spitting up, or overeating.
3. **Bring the baby bottle's nipple close to the baby's lips** and gently insert it into their mouth. The nipple should be filled with milk to reduce air intake.
4. **Choose a bottle with a nipple/spout that is suitable for your baby** to maintain a consistent feeding rhythm.
5. **Throw away the rest.** When your baby starts to turn their head away from the bottle or close their mouth, it means that feeding is over. At that point, you can throw away any milk left in the bottle.

While feeding your baby, you should talk to him or her. This closeness is essential for establishing emotional bonds.



HOW TO GET YOUR BABY TO BURP?

The baby may need to take short breaks while eating, burping occasionally.

Burping consists of expelling the air that the baby has swallowed during the meal. To help the baby, you should hold them facing you, standing upright, leaning against your chest, with their head resting on one of your shoulders. You can pat or massage their upper back.

When he no longer wants to eat, hold him upright and gently rub or pat his back until he burps. Only a small amount may come out, and he may even spit up small amounts of milk.

If your baby has swallowed less air during feeding, they may not burp immediately. Once lying down, they may become uncomfortable and have difficulty falling asleep. In these situations, pick your baby up again and place them in the burping position.

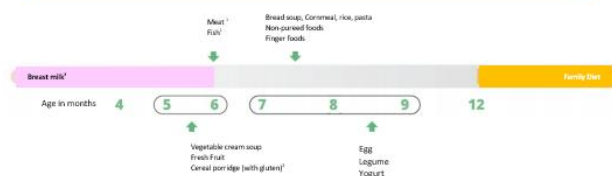
WARNING!

If your baby chokes, you should observe whether he or she is breathing or crying. If not, you must perform the **choking maneuver**:

- Place the baby face down on your forearm with their head tilted downwards.
- Give five blows to the back, between the shoulder blades (use the heel of your hand, with force appropriate to the size of the child).
- If, the baby does not start crying, check if they are breathing and, if not, repeat the maneuver.
- **If that still doesn't solve the problem, call 112!**

Apêndice XII – Tradução Do Panfleto “DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR”

Proposal for food diversification



- 1- Approximately 30g/day of meat OR fish, which should be offered 4 times a week, and fish 3 times a week. The 30g can be offered entirely at lunch or divided between lunch and dinner.
- 2- Gluten should be introduced after 4 months. In increasing doses, and up to 12 months.
- 3- In the absence of breast milk, a low-protein infant formula should be used.

Do not offer before 12 months of age

- X Salt
- X Sugar / Honey / Sweets / Cakes
- X Fried / Cured food
- X Processed food (e.g.: cookies)
- X Turnips / Spinach
- X Pineapple / Berries / Kiwi
- X Cow milk
- X Drinks (natural/artificial) / Tea

Notes:

Elaborado por: Mariana Ribeiro
 Traduzido por: Ana Rocha a dezembro de 2025
 Bibliografia: Manual da Direção Geral de Saúde - "Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores" (2019);
<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
 Aprovado pelo Conselho Técnico em outubro/2020
 Próxima revisão



FOOD DIVERSIFICATION



When and how to start?

Contactos

Age	Dietary Recommendations
4 - 6 months 	Exclusive dairy feeding, preferably breast milk (even if partial or for less than the desirable period). Breastfeeding can be maintained until 6 months without starting baby food or soup. Breastfeeding continues alongside dietary diversification and during introduction into the family diet, i.e., until 12-24 months.
4 - 5 months 4-5 meals per day 	4 meals exclusively on milk Lunch: 1 vegetable soup (120-150ml) e.g. with potatoes, carrots, onions, tender greens* (max. 4 different vegetables) and olive oil (1 teaspoon: 5-7.5ml) + dessert: fruit puree (start after good adaptation to the soup) DO NOT ADD SALT. * lettuce, broccoli, cabbage heart
5 - 6 months 4-5 meals per day	3 meals exclusively on milk Lunch: 1 vegetable soup (150-180ml) with potatoes, carrots, onions, tender greens, and raw olive oil (1 teaspoon) + dessert: fruit puree (apple, pear, or banana). Maximum 1 piece of fruit per day. Snack: 1 cereal porridge (120-150ml)
6 - 7 months 4-5 meals per day	2 - 3 meals exclusively on milk Lunch and dinner: 2 vegetable soups (180-200ml) with lean meat (poultry-30g/day) or fish (30g/day) Snack: 1 baby food or yogurt suitable for infants with fruit (50g). Max. 2 pieces of fruit/day. Offer meat 4 times a week and fish 3 times a week.
8 - 9 months 4-5 meals per day	Introduction of plain yogurt Introduction of eggs (start with half an egg yolk) Introduction of pasta, bread soup, mashed potatoes
12 months 4-5 meals per day 	1-2 meals exclusively on milk Lunch and dinner: 1 vegetable soup + 1 purée with meat or fish or egg + dessert: fruit Introduction of dried legumes (well soaked, without skin) and cheese Snack: 1 porridge or yogurt Start the family diet gradually, using only foods from the "food wheel".

**Apêndice XIII - Certificado De Comunicação De Poster no “XVII
ENCONTRO DO DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA: POLÍTICAS VOLTADAS
PARA A FAMÍLIA - RUMO AO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL”**

XVII ENCONTRO DO DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA

Políticas voltadas para a família rumo ao desenvolvimento sustentável



Certificado

Certifica-se que a comunicação em formato de pôster "**Diagnósticos e Intervenções de Saúde Familiar: Conhecimentos e Percepções dos Enfermeiros de Família na ULS-BM.**", do(s) autor(es) Ana Rita Gomes Oliveira, Ana Patrícia Gil Rocha, José Hermínio Gonçalves Gomes, Telma Sofia dos Santos Vidinha e Patrícia Pinto, enquadrado no eixo temático *Enfermagem de família*, foi apresentado por *Ana Patrícia Gil Rocha*, no âmbito do **XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável**, que decorreu no dia 15 de maio de 2025, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 19 de maio de 2025

Pela Comissão Organizadora

Professora Doutora Cristina Maria Figueira Veríssimo

O Presidente da ESEnFC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

**Apêndice XIV – Poster apresentado no “XVII ENCONTRO DO DIA
INTERNACIONAL DA FAMÍLIA: POLÍTICAS VOLTADAS PARA A FAMÍLIA -
RUMO AO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL”**

POLÍTICAS VOLTADAS PARA A FAMÍLIA

Eixo temático: Enfermagem de Família (EF)

Palavras-chave: Saúde Familiar (SF); Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Saúde Familiar (ESF); Sistemas de Informação (SI)

Introdução

A ESF encontra-se numa fase de transformação e consolidação, pelo que é imperioso garantir SI que permitam aos enfermeiros documentar os cuidados que prestam às famílias e que estão alinhados com as suas competências específicas^{1,2}. No exercício da prática clínica, tem-se constatado que a plataforma SClinico não se encontra devidamente parametrizada para os registos em ESF e que os enfermeiros tendem a não documentar a sua prática³.

Objetivos

- ❖ Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre diagnósticos e intervenções em ESF;
- ❖ Conhecer as perceções dos enfermeiros sobre a aplicabilidade dos diagnósticos e intervenções em ESF;
- ❖ Identificar fatores facilitadores e dificultadores na documentação dos cuidados prestados no âmbito da ESF.

Conhecimentos e perceções dos Enfermeiros de Família numa Unidade Local de Saúde sobre diagnósticos e intervenções em Enfermagem de Saúde Familiar

Rocha, A.¹; Oliveira, A.²; Gomes J.³; Santos, P.⁴; Vidinha, T.³

1- Aluna de Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESSLEI

2- Aluna de Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESEnfC

3- Professor Orientador Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária

4- Enfermeira Especialista na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Resultados

Conhecer as dificuldades que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários da ULS enfrentam na identificação dos diagnósticos e intervenções no âmbito da ESF.

Permitir a construção e implementação de um projeto de melhoria contínua que promova a normalização dos registos em ESF, visando a definição de um método de parametrização uniforme, orientado para a qualificação dos registos e a geração de ganhos efetivos para a prática de ESF.

Metodologia

- ❖ Estudo descritivo, transversal quantitativo;
- ❖ Amostra: Enfermeiros da área de ESF das UCSP e USF da ULS e selecionada por conveniência;
- ❖ Questionário semi-estruturado, constituído pela escala "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem- atitudes dos enfermeiros"².

Conclusão

É essencial capacitar os enfermeiros com ferramentas que favoreçam o conhecimento aprofundado das dinâmicas familiares, bem como o registo sistematizado dos diagnósticos e intervenções de enfermagem nesta área^{2,3}. A construção de indicadores sensíveis às competências específicas da ESF exige uma utilização criteriosa do SClinico, sendo fundamental facilitar o acesso e a parametrização desta plataforma.



Apêndice XV- Programa De Atividades Proposto à ULS

Programa de atividades do Evento “Missão: Por uma superalimentação!”

Tema: Alimentação Saudável

Objetivos do evento: Promover a alimentação saudável nas crianças; promover o papel parental na alimentação saudável; promover o envolvimento familiar aquando do momento das refeições.

Data do evento: 23 de outubro de 2025

Horário do evento: 9:30 até ao 12:30

Local de realização: USF [REDACTED] sala de espera

Designação da atividade	Intervenientes	Conteúdos da atividade	Horário da atividade
O meu livrinho de receitas	Enf.ª Rita [REDACTED] Enf.ª Ana Rocha	Disponibilização aos participantes de um livro de receitas saudáveis, em QR code e exemplário em papel.	Das 9:30 até ao encerramento do evento
Amostra de produtos da região		Até à data da realização do evento, as famílias serão convidadas a trazerem alimentos da época, de forma a promover a sua participação nas atividades e dar a conhecer tais produtos aos restantes utentes da USF. Este convite será realizado a partir da divulgação do evento pelas redes sociais da USF Nautilus, da entrega de panfletos ¹ aos utentes e por pósteres ^{2,3} afixados ao longo da unidade.	Das 9:30 até ao encerramento do evento
Workshop: 10 passos para a alimentação saudável	Enf.ª Ana Rocha Enf.ª Cátia [REDACTED]	Apresentação, com recurso a PowerPoint, de estratégias para a promoção da alimentação saudável, com base no documento da DGS “Guia para aconselhamento breve- 10 Passos Para A Promoção Da Alimentação Saudável”.	Das 9:30 até às 10:00

Ana Patrícia Gil Rocha

Outubro 2025

1

		No final disponibilizar o livro “O meu livrinho de receitas” aos participantes.	
Workshop: Menu do dia para toda a família	Enf.ª Ana Rocha	Neste workshop será pedida a colaboração das famílias para a elaboração de um menu para o próprio dia. Será criado um momento de partilha de receitas culinárias entre as famílias, de forma a integrar o maior número possível de culturas para enriquecer o leque de receitas saudáveis apresentadas. De forma a promover a interação familiar, também serão negociadas estratégias com as famílias para maior envolvimento da criança na realização das refeições. No final será disponibilizado o documento “O meu livrinho de receitas”.	Das 10:00 até às 10:30
Workshop: Comer mais por menos	Enf.ª Ana Rocha Enf.ª Bertilde [REDACTED]	Workshop realizado com base no documento da DGS “9 estratégias Comer bem e gastar menos”, no qual será ensinado às famílias estratégias para a realização de uma alimentação saudável, onde simultaneamente será promovida uma gestão mais eficiente dos custos com a alimentação. Será realizada apresentação com recurso a PowerPoint como apoio ao workshop e no final será oferecido o livro “o meu livrinho de receitas”, assim como o panfleto ¹ criado para o evento.	Das 10:30 até às 11:00
Workshop: Sopa: fácil, barata e poupa milhões	Dr.ª Susana [REDACTED] Dr.ª Inês [REDACTED]	Workshop realizado com a colaboração da equipa de Nutrição da ULS-BM, para a confeção de sopa. Neste, será promovido a utilização da sopa, como um recurso alimentar que promova a saúde e a interação entre adultos e crianças.	Das 11:30 até às 12:30

Referências Bibliográficas:

Direção Geral da Saúde (2022). Guia para o aconselhamento breve-10 passos para uma alimentação saudável. Direção Geral da Saúde.
https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2022/07/Guia_10Passos_Info_Profissional.pdf

Ana Patrícia Gil Rocha

Outubro 2025

2

Direção Geral da Saúde (2025). *9 estratégias-Comer bem e gastar menos*. Direção Geral da Saúde. <https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2025/08/Comer-bem-gastar-menos-PNPAS.pdf>

Direção Geral da Saúde (2025). *Como educar para uma alimentação saudável: Guia de boas práticas para pais e educadores*. Direção Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_documentos/como_educar_para_uma_alimentacao_saudavel_-_guia_de_boas_praticas_para_pais_e_educadores.pdf



Figura 1- Proposta de panfleto sobre alimentação Saudável

**Missão: Por uma
Super
Alimentação!**

Dia 23 de Outubro de 2025

USF Nautilus, sala de espera

A USF Nautilus terá como missão mostrar às famílias o quão fácil é fazer uma alimentação saudável para toda a família!

**Venha visitar,
partilhar
receitas e
produtos
regionais!**

Sente dificuldade em ter novas ideias para refeições? Neste espaço haverá momentos de partilha para dar a conhecer receitas agradáveis e diferentes do habitual!

Traga toda a família e participe !



Figura 2- Proposta de poster de divulgação do evento



Missão: Por uma Super Alimentação

23 de outubro de 2025
USF Nautilus, Sala de Espera

PROGRAMAÇÃO

Workshop: 10 passos para a alimentação saudável
9:30- 10:00
Realizada por: Enf.^a Ana Rocha e Enf.^a Cátia Oliveira

Workshop: Menu do dia com toda a família
10:00- 10:30
Realizada por: Enf.^a Ana Rocha

Workshop: Comer mais por menos
10:30- 11:00
Realizada por: Enf.^a Ana Rocha e Enf.^a Bertilde Pereira

Workshop: Sopa: fácil, barata e poupa milhões
11:30-12:30
Realizada por: Dr.^a Susana Montenegro (Nutricionista ULSBM) e Dr.^a Inês Reis

Exposição ao longo do dia de produtos da região

Apareçam com toda a família, estaremos à vossa espera!

USF Nautilus, Sala de Espera, 23 de Outubro de 2025. Horário: 9h30m às 12h30m. Para mais informações, contactar a equipa de saúde pública do USF Nautilus.

Figura 3- Proposta de programação do evento

Apêndice XVI- Pósteres Finais Para Divulgação do Evento

Missão: Por uma Super Alimentação!

Dia 23 de Outubro de 2025

9:30-12:30

USF Nautilus, sala de espera

A USF Nautilus terá como missão mostrar às famílias o quão fácil é fazer uma alimentação saudável para toda a família!

**Venha visitar,
partilhar receitas e
produtos regionais!**

Sente dificuldade em ter novas ideias para refeições?
Neste espaço haverá momentos de partilha para dar a
conhecer receitas agradáveis e diferentes do habitual!

**Traga toda a
família e
participe !**

**Teremos várias
atividades à vossa
espera!**



Missão: Por uma Super Alimentação

23 de outubro de 2025
USF Nautilus, Sala de Espera

PROGRAMAÇÃO

Workshop: 10 passos para a alimentação saudável

9:30- 10:00

Realizada por: Enf.^a Ana Rocha e Enf.^a Cátia Oliveira

Workshop: Menu do dia com toda a família

10:00- 10:30

Realizada por: Enf.^a Ana Rocha

Workshop: Comer mais por menos

10:30- 11:00

Realizada por: Enf.^a Ana Rocha e Enf.^a Bertilde Pereira

Workshop: Sopa: fácil, barata e poupa milhões

11:30-12:30

Realizada por: Dr.^a Susana Montenegro (Nutricionista ULSBM) e Dr.^a Inês Reis

Exposição ao longo do dia de produtos da região

Apareçam com toda a família, estaremos à vossa espera!



ULS
BAIXO
MONDEGO

Trabalho realizado por: Ana Patrícia Gil Rocha, aluna do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, área de Saúde Familiar, ano letivo 2024-2026
Sob orientação da prof.^a Telma Vidinha e da Enf.^a Patrícia



Apêndice XVII- Edição final do folheto disponibilizado no evento

TEM CURIOSIDADE PARA
SABER MAIS OU SURGIRAM
QUESTÕES?
NÃO HESITE EM NOS
CONTACTAR!



Digitaliza este QR code para saberes
mais informações sobre as fontes
utilizadas e outras mais que
recomendamos ler!



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO



7 DICAS DE COMO COMER BEM E GASTAR MENOS

PARA AJUDAR NA CONFEÇÃO E PREPARAÇÃO
DE REFEIÇÕES EM FAMÍLIA!

1. **Planeie as refeições** e faça uma lista com alimentos da época, que costumam ser mais baratos!
2. **Cozinhar pratos de panela** (cozidos, estufados) com leguminosas e hortícolas
3. **Veja o preço por kg** — maior quantidade por vezes pode ser mais vantajoso!.
4. **Comprar por inteiro** costuma ser mais barato que só comprar as partes, e pode utilizar as “sobras” noutras refeições!
5. **Use ovos e leguminosas** como fontes de proteína!
6. **Fazer sopa caseira;**
7. **Beba água da torneira** em vez de refrigerantes e bebidas alcoólicas

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

ESTRATÉGIAS PARA A PRÁTICA DE UMA
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA TODA A
FAMÍLIA

Contactos

Trabalho elaborado por: Ana Patrícia Gil Rocha, aluna do
mestrado de Saúde Comunitária, área de Saúde Familiar da
EssLei, sob a orientação da Enf.ª Patrícia [redacted] e da
professora Telma Vidinha

PRÁTICAS EDUCATIVAS ALIMENTARES RESPONSIVAS

AJUDAM A CRIANÇA A RECONHECER E RESPEITAR OS
SINAIS DE FOME, PROMOEM A AUTONOMIA NO COMER E
PREVINEM MAUS HÁBITOS ALIMENTARES

- **Incentivar** a criança a comer, sem forçá-la;
- Estar atento aos **sinais de fome e saciedade**;
- **Incentivar e ensinar** a criança a **comer pela própria mão** e ser ela a preparar os alimentos no prato;
- Em caso de recusa, **experimentar, diferentes combinações, sabores e texturas**;
- **Comunicar de forma positiva**, afetuosa, e que valorize a opinião da criança.

COMO MELHORAR O AMBIENTE ÀS REFEIÇÕES?

Criar memórias positivas

Criar um ambiente atrativo e memoráveis (mesa decorada, refeições temáticas, etc.), e nas ocasiões especiais haverem sempre alimentos saudáveis

Transformar refeições em momentos com a família

Realizar refeições em conjunto onde todos fazem um momento de partilha e comunicam, evitando ecrãs (TV, telemóvel e tablets). Servir a mesma refeição a todos os membros da família

Envolver toda a família na cozinha

Incluir todos os elementos a preparação, confeção e aquisição dos alimentos

EM VEZ DE....

“Tens de comer tudo o que tens no prato.”

“Tens de provar porque te faz bem. Se não gostares não tens de voltar a comer.”

“Não podes comer gelados, chocolates nem outras porcarias.”

“Se te portares bem, compro-te um gelado”

DIGA....

“Se não quiseres mais não há problema, da próxima vez não fazemos esta escolha ou pedimos menos”

“Não há problema não teres gostado, podemos voltar a experimentar num outro dia, cozinhado de outra forma”

“Não queres comer mais porque sentes a tua barriga cheia?”

“Se for o caso, não precisas de comer tudo.”

Apêndice XVIII– Apresentação do Workshop “Comer mais por menos”



PLANEAR AS REFEIÇÕES SEMANAIS PARA POUPAR NO DIA A DIA

Prepare uma lista de compras para
comprar apenas o que realmente precisa.
Escolha os **alimentos da época**, pois
costumam ser mais baratos.



Calendário de fruta e legumes da época

Quais os legumes típicos desta altura do ano? E qual a melhor altura para comprar melão? O agrião tem uma época própria? Escolha o mês e saiba qual a época ideal para saborear fruta e legumes.

DECO PROTESTE / Jan 27, 2025



COZINHE MAIS PRATOS DE PANELA

Prefira estufados a fritos

Os pratos de panela (estufados, jardineiras e caldeiradas) juntam na mesma panela hortícolas e leguminosas, como as ervilhas e o feijão, permitindo adicionar menores quantidades de carne ou peixe.



Por exemplo.....



COMPARE O PREÇO UNITÁRIO DOS ALIMENTOS

Além das promoções, compare o preço unitário dos alimentos (preço/kg)

Uma embalagem maior pode parecer mais cara, mas na verdade pode estar a pagar menos por cada Kg.

omni CALCULATOR

The jaw-dropping Calculadora de Preço Unitário

one of 3840 super useful tools at omnicalculator.com

Check out now →



Calculadora de Preço Unitário - Qual Item é Mais barato?

A calculadora de preço unitário da Omni compara dois itens para ver qual deles é o melhor negócio.

Omni Calculator / Dec 16, 2025

Por exemplo.....

O TODO É MAIS BARATO DO QUE AS PARTES

Ao optar por comprar um frango ou peixe inteiro, em vez de pedir para cortar em partes à partida será mais barato.

Comprar inteiro será mais barato que à posta ou em filetes.

		
Coxas de Frango emb. 1,1 kg (aprox.)	Frango Inteiro emb. 1,62 kg (aprox.)	Perna de Frango emb. 1,20 kg (aprox.)
€4,39/kg €4,83/un	€2,49/kg €4,03/un	€4,79/kg €5,63/un

USE OVOS E LEGUMINOSAS COMO FONTES DE PROTEÍNA



Os ovos e as leguminosas são **boas fontes de proteína**, podendo substituir a carne e o peixe em algumas refeições semanais.

Além dos benefícios nutricionais, são alternativas económicas.

Dois ovos ou seis colheres de sopa de leguminosas são a quantidade necessária para uma refeição que não tenha carne ou peixe como fonte proteica



Poupe quase **2,5x** mais com uma refeição com leguminosas como fonte de proteína

SOPA COMO UMA SOLUÇÃO ECONÓMICA



Sopa preparada em casa



1 sopa ~300 mL
0,23€

VS

Sopa comprada no supermercado



1 sopa ~ 300 mL
0,93€

A presença da sopa de hortícolas na mesa deve ser obrigatória. É um dos métodos de **confeção simples, que preserva os nutrientes, sacia e hidrata**. Além de não ser tão saudável, **comprar sopa no supermercado pode custar 4x mais!**

HORTÍCOLAS CONGELADOS

Caso queira fazer refeições com produtos que não sejam da época pode sempre optar por **hortícolas congelados!**

Os hortícolas congelados são **nutricionalmente adequados** e podem ter um **custo mais baixo** comparado com as mesmas hortícolas que não sejam da época do ano.

Pode também **congelar frutas e legumes** para usar noutras alturas, **os nutrientes não detrioram** e poupa ao não comprar fora de época!



APROVEITE OS DESPERDÍCIOS

Economize tempo e dinheiro reduzindo o desperdício

Seja **criativo** no reaproveitamento das “sobras” e prepare novas alternativas de refeições. Por exemplo, as “**sobras**” de hortícolas podem ser usadas para fazer sopa, esparregado ou puré de legumes, as frutas mais maduras podem ser utilizadas para fazer sumos e pão mais antigos pode ser ralado!



BEBA ÁGUA (DA TORNEIRA) EM VEZ DE BEBIDAS REFRIGERANTES E BEBIDAS ALCOÓLICAS

A água da rede pública é de **boa qualidade!**
Beba 8 a 10 copos de água por dia, promova a sua saúde e poupe no número de garrafas que compra por dia!





USE EMBALAGENS E POUPE

Sem tempo para preparar refeições mas quer poupar? Nada tema!

Desde 1 de julho de 2021, levar recipientes de casa para o take-away é legal.

Existem supermercados que aceitam as embalagens trazidas pelos seus clientes, sendo descontado o peso das caixas no preço final do produto.

Os recipientes devem estar em boas condições (limpos e secos), livres de odores, sem resíduos e com tampa funcional. Por questões de segurança, não são aceites embalagens de vidro, uma vez que potenciam um risco de segurança alimentar em caso de quebra.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Caso tenha dúvida não hesite
em nos contactar!
Estaremos cá para ajudar.

**Apêndice XIX– Apresentação do Workshop “10 passos para uma
alimentação saudável”**

10 PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

WORKSHOP REALIZADO POR:
ENFª ANA ROCHA E ENFª CÁTIA



USF



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO



IPL

INSTITUTO PORTUGUÊS DE SAÚDE
ALIMENTAR

1º PASSO- MAIS FRUTAS E LEGUMES

3 vezes ao dia!



3 vezes ao dia!



Consumir em sopas e frutos naturais também
conta para o total comido diariamente!

2º PASSO- MAIS CEREAIS INTEGRAIS

COMA MAIS

COMA MENOS



Mesmo que diga integral, **verificar a informação nutricional** do produto para verificar a quantidade de lípidos(gordura) e de açúcares adicionados!

Preferir pão escuro ou de mistura é uma boa estratégia para
aumentar o consumo de cereais integrais

Quanto menos refinados melhor

3º PASSO- ESCOLHA BEM AS GORDURAS

Nem todas as gorduras são más para a saúde, algumas são mesmo necessárias para o bom funcionamento do corpo!

Deve promover o consumo de gorduras **não saturadas**, como o **peixe gordo** (atum, sardinha, salmão, cavala), **azeite**, **frutos secos** (amêndoas, avelãs, amendoins), **ovos...**

Evitar **gorduras saturadas** (óleo, bacon, fiambre) e **gorduras trans** (fast food, comidas pré-feitas, doces processados, como donuts...)

Através da leitura do rótulo do alimento conseguimos verificar a presença ou ausência de gordura trans, pelas denominações de "gordura totalmente ou parcialmente hidrogenada" ou "óleos totalmente ou parcialmente hidrogenados".

PESCADO

2 ou mais vezes por semana, em particular **peixe gordo** (100g de cada vez)

FRUTOS OLEAGINOSOS E SEMENTES

4 porções por semana (30g)

CARNES PROCESSADAS

não mais do que **1 vez por semana** (50g)

CARNES VERMELHAS

não mais do que **1 a 2 vezes por semana** (100g)

4º PASSO- MAIS LEGUMINOSAS

São uma **ótima** fonte de fibra e de vitaminas e minerais como vitaminas do complexo B. Têm também uma grande quantidade de proteínas!

Combinam com todos os pratos e dão uma ótima sopa!



5º PASSO- MAIS ÁGUA

As necessidades de água variam em função de diversos fatores, como por exemplo a idade, o sexo, a prática de exercício físico, a temperatura ambiente, mas no geral recomenda-se o **consumo de cerca de 8 a 10 copos de água por dia** para assegurar as necessidades hídricas.



6º PASSO- MENOS SAL NA COMIDA

Substitua o sal por ervas aromáticas e especiarias e adicione hortícolas e leguminosas como a cebola, o alho, e o alho francês!

Evite o consumo diário de sal até 5g (1 colher de chá).

Evite o consumo de alimentos processados (charcutaria e queijo) e refeições pré-preparadas

Verifique a **quantidade de sal nos rótulos nutricionais** e prefira aqueles que contêm menores quantidades!

7º PASSO- ATENÇÃO ÀS MERENDAS



Restrinja alimentos que possuam um elevado valor energético (calórico) e um baixo valor nutricional.

Estes são **ricos em gordura e em açúcar** e por outro lado, possuem **valores reduzidos de nutrientes** reguladores e protetores como as vitaminas, os minerais, as fibras e os antioxidantes, sendo prejudiciais para a saúde!

8º PASSO- ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS AO ALMOÇO E AO JANTAR

Use a regra do prato em T!

Promover a **presença de sopa** no início das refeições. Ela **ajuda a regular o apetite**, sendo uma excelente estratégia para conseguir **atingir a recomendação diária** para o consumo de hortícolas!

Inicie a refeição com **sopa de legumes**

Metade do prato com **hortícolas**

Beba **água** à refeição

$\frac{1}{4}$ do prato com uma fonte de cereais e derivados, tubérculos ou leguminosas

Termine a refeição com **uma peça de fruta**

$\frac{1}{4}$ do prato com **carne, pescado ou ovos**

9º PASSO- DESCODIFICAR RÓTULOS

ALIMENTOS POR 100G				BEBIDAS POR 100ML			
	GORDURA (lipídeos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL		GORDURA (lipídeos)	GORDURA SATURADA
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g	ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g	MÉDIO	entre 1,5 e 8,75g	entre 0,75 e 2,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos	BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos

10º PASSO- CUIDADO COM AS QUANTIDADES

Quer nos restaurantes como nas refeições pré-confeccionadas embaladas e de take-away, as porções servidas são cada vez maiores.



153 g
277 kcal



245 g
443 kcal



366 g
662 kcal



587 g
1062 kcal

REDUZIR O TAMANHO DO SEU PRATO/TIGELA
PODE AJUDÁ-LO A COMER PORÇÕES MENORES

Preparar as refeições em casa com mais frequência facilita o controle das quantidades servidas!

SEM IDEIAS PARA RECEITAS?



Receitas saborosas e ideias para toda a família participar nesta missão por uma alimentação saudável



DÚVIDAS?
NÃO HESITE
EM NOS
CONTACTAR!

UNIDADE SAÚDE FAMILIAR NAUTILUS
TELEFONES: 233 408 236/248/253
E-MAIL: USF.NAUTILUS@ARSCENTRO.MIN-SAÚDE.PT

POLO VILA VERDE
RUA 27 DE OUTUBRO
3090-653 VILA VERDE- FIGUEIRA DA FOZ
TELEFONE: 233 408 080



Referência bibliográfica: Direção Geral da Saúde (2022). Guia para o aconselhamento breve: 10 passos para uma alimentação saudável. Direção Geral da Saúde. https://alimentacao Saudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2022/07/Guia_10Passos_Info_Profissional.pdf

Apêndice XX- Livreto “Receitas em Família”

RECEITAS EM FAMÍLIA

Pequenos lanches, grandes sorrisos

Criado por:
Enfª Ana Rocha, estudante do mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESSF-n)
Enfª Rita, estudante do mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESSF-n)
Outubro de 2025

OS LANCHES EQUILIBRADOS SÃO FUNDAMENTAIS PARA O CRESCIMENTO, CONCENTRAÇÃO E BEM-ESTAR DAS CRIANÇAS.

PREPARAR OS ALIMENTOS DE FORMA SAUDÁVEL E COLORIDA AJUDA A CRIAR HÁBITOS DURADOUROS E PROMOVE UMA RELAÇÃO POSITIVA COM A COMIDA. MAS O LANCHE NÃO É SÓ ALIMENTAÇÃO: É UM MOMENTO DE APRENDIZAGEM E DE PARTILHA ENTRE PAIS E FILHOS.

INCLUIR AS CRIANÇAS NA PREPARAÇÃO PERMITE QUE APRENDAM A IMPORTÂNCIA DE CADA ALIMENTO, FORTALECE OS LAÇOS FAMILIARES E TRANSFORMA A HORA DO LANCHE NUMA ATIVIDADE DIVERTIDA E EDUCATIVA.

PREPARAR O LANCHE EM FAMÍLIA É UM GESTO DE AMOR, CUIDADO E EDUCAÇÃO.

PEQUENAS AÇÕES HOJE CONSTROEM HÁBITOS SAUDÁVEIS PARA TODA A VIDA E FORTALECEM OS LAÇOS FAMILIARES. TRANSFORME CADA LANCHE NUM MOMENTO DE APRENDIZAGEM, CRIATIVIDADE E ALEGRIA.

AQUI ESTÃO ALGUMAS DICAS QUE PODEM AJUDAR NO MOMENTO DE PREPARAR AS REFEIÇÕES.

Permita que a criança escolha frutas e cores

Criem nomes divertidos para os lanches ("Panqueca do Super-herói")

Transforme a preparação numa atividade lúdica com moldes ou espetados de fruta.

Incentive a criança a participar no planeamento semanal do lanche.

Ensine sobre os benefícios de cada alimento de forma simples e divertida.

A SEGUIR SEGUEM-SE VÁRIAS RECEITAS FÁCEIS E SAUDÁVEIS PARA TODA A FAMÍLIA.

ÍNDICE

- Sandes coloridas
- Warp de Frango e legumes
- Brigadeiro de Batata Doce e Atum
- Muffin de Requeijão e espinafres
- Panquecas de Aveia e Banana
- Chips de fruta
- Iogurte de fruta e granola
- Palitos de Fruta com Chocolate Negro
- Bolachas de banana e aveia
- Bolinhas Energéticas de Frutos Secos
- Muffins de cenoura e laranja
- Muffins de Maçã e Canela
- Barritas de Cereais

SANDES COLORIDAS

Ingredientes: Pão integral, queijo, alface, tomate, cenoura ralada.

Preparação:
1º- Monte as sandes;
2º- Corte em formatos criativos (triângulos, estrelas, círculos...)

Dica:
Pode trocar qualquer ingrediente por algo que toda a família goste. Aproveite os restos das sandes para fazer sandes mais pequeninas.

01

WRAP DE FRANGO E LEGUMES

Ingredientes: Tortilha integral, frango desfiado, alface, cenoura, milho, 1 colher de sopa de iogurte natural.

Preparação:
1º- Barre a tortilha com iogurte;
2º- Adicione os ingredientes e enrole.

Dica:
Pode trocar qualquer ingrediente por algo que toda a família goste. O frango utilizado pode vir de sobras do dia anterior.

02



BRIGADEIRO DE BATATA DOCE E ATUM

Ingredientes: 2 batatas-doces (300g), 1 lata de atum ao natural, 100g espinafres, 1 ramo de coentros, 1 colher de café de açafraão, Pimenta q.b., 1 colher de sopa de azeite (10g), 30g pão ralado.

Preparação:

- 1º- Cozer batata-doce e esmagar;
- 2º- Pré-aquecer o forno a 220°C;
- 3º- Misturar à batata-doce o atum e os espinafres;
- 4º-Adicionar os coentros picados, o açafraão e a pimenta e remexer tudo;
- 5º- Moldar pequenas bolinhas com a ajuda do pão ralado;
- 6º- Levar ao forno durante 20 minutos.

03

MUFFIN DE REQUEIJÃO E ESPINAFRES

Ingredientes: 1 requeijão (200g), 200g grão-de-bico, 200g farinha de aveia ou flocos, 3 ovos, 100g espinafres, 1 colher de chá de fermento (5g)

Preparação:

- 1º-Pré-aquecer o forno a 220°C;
- 2º-Misturar o requeijão com o grão e envolva bem;
- 3º-Juntar os ovos batidos e a farinha e o fermento.
- 4º-Juntar os espinafres e envolver bem até obter um preparado homogêneo.
- 5º- Colocar a massa em pequenas formas de muffin e levar ao forno a 220°C durante cerca de 20 minutos.

04

PANQUECAS DE AVEIA E BANANA

Ingredientes: 1 banana madura, 2 colheres de sopa de flocos de aveia, 1 ovo, canela a gosto

Preparação:

- 1º-Desfaça a banana;
- 2º-Misture tudo e cozinhe pequenas porções numa frigideira.

Dica: Estas panquecas podem ser congeladas e aquecidas para se comer em várias ocasiões



05



CHIPS DE FRUTA

Ingredientes: Fruta (maçã, banana, ...) fatiadas finas, canela.

Preparação:

- 1º- Corte as fruta em fatias finas;
- 2º- Polvilhe com canela;
- 3º- Asse a 150 °C por 45 minutos ou coloque no micro-ondas durante 2 minutos até ficarem crocantes.

Dica:

Use a fruta que esteja mais madura ou aquela que não é tão apetitosa, a canela dá-lhes um ótimo sabor



06



IOGURTE DE FRUTA E GRANOLA

Ingredientes: 1 iogurte natural, 1 colher de sopa de granola caseira, fruta da época.

Preparação:

- 1º- Prepare a granola, misturando uma variedade de frutos secos, cereais integrais e/ou sementes;
- 2º- Corte a fruta aos pedaços;
- 3º-Monte camadas de iogurte, fruta e granola. Sirva frio.

Dica:

Aproveite para fazer vários tipos de combinações com toda a família.



07

PALITOS DE FRUTA COM CHOCOLATE NEGRO

Ingredientes: Fruta variada, chocolate negro 70% cacau.

Preparação:

- 1º- Derreta o chocolate em banho-maria;
- 2º- Corte a fruta aos pedaços e espete em palitos;
- 3º- Mergulhe a fruta no chocolate;
- 4º- Coloque no frigorífico até o chocolate enrijecer.



08



Preparação:

09



Preparação:

10

Preparação:

11



12



Preparação:

13

Momentos cheios
de criatividade,
para toda a família!

ATIVIDADES EM FAMÍLIA

Quando toda a família se junta na cozinha, o sabor da refeição vai além do prato – é carinho, união e saúde servidos à mesa



ELABORAÇÃO DE “MARMITAS”

Na missão ‘marmita perfeita’, toda a família tem um papel! Um corta, outro tempera, e no fim todo mundo se diverte – e come melhor!

Fonte: Direção Geral da Saúde (2016)

A PRIVILEGIAR	DE VEZ EM QUANDO	A EVITAR
Os alimentos incluídos nesta categoria são as opções alimentares mais saudáveis. São, na generalidade, alimentos com nutrientes essenciais e com baixo teor de sal e/ou açúcar e/ou gordura.	Os alimentos incluídos nesta categoria contêm nutrientes essenciais, mas têm geralmente elevados teores de sal e/ou açúcar e/ou gordura. Devem estar presentes nos lanches apenas de vez em quando.	Os alimentos incluídos nesta categoria contêm elevados teores de sal e/ou açúcar e/ou gordura e não fornecem geralmente nutrientes essenciais. Estes alimentos não devem ser colocados nas lancheiras das crianças.
- Pão de mistura - Iogurte natural - Fruta fresca - Leite simples - Ovo cozido - Hortícolas - Água - Frutos gordos ao natural - Margarina de frutos gordos sem adição de açúcar - Bebidas vegetais sem adição de açúcar - Torrões integrais sem açúcar - Cereais de pequeno-almoço não açucarados (ex: floco de aveia) - Bolacha de arroz ou de milho sem cobertura - Doce (ex: doceiro)	- Sumo de fruta (100% ou fruta líquida) - Bolachas cream-cracker - Margarina - Bolo caseiro à fatia - Marmelada/compostas sem adição de açúcar - Pão de forma integral - Leite aromatizados (ex: chocolate e iogurtes de aromas (com < 10g de açúcar) - Bebidas vegetais aromatizadas	- Charcutaria (paio, chouriço,...) - Refrigerantes e néctares - Bolus de pastelaria e comerciais - Bolachas recheadas - Chocolates - Pão de leite - Iogurtes com pedras - Barra de cereais comerciais - Solommoes-lanches - Chocolate de barra

Princípios de um lanche saudável:

- cereais integrais
- proteínas
- fruta e legumes
- hidratação

SUGESTÃO DE EMENTA SEMANAL

		LANCHE MANHÃ	LANCHE TARDE
Segunda-feira	3-9 anos	200 ml de leite meio-gordo e 1 maçã	10 pão de cereais com pasta de amendoim, tomate cherry e 1 iogurte sólido não açucarado
	10-18 anos	200 ml de leite meio-gordo, 1 maçã e 2 tostas	1 pão de cereais com pasta de amendoim, tomate cherry e 1 iogurte sólido não açucarado
Terça-feira	3-9 anos	Iogurte sólido não açucarado	2 tostas com queijo fresco de barrar e 1 salada de fruta (laranja, tangerina e amêndoas laminadas torradas)
	10-18 anos	Iogurte sólido não açucarado e 4 c. s. de cereais de milho sem açúcar (20 g)	4 tostas com queijo fresco de barrar e 1 salada de fruta (laranja, tangerina e amêndoas laminadas torradas)
Quarta-feira	3-9 anos	1 banana e 1 queijo recheado (20 g)	Panquecas de pera
	10-18 anos	1 banana, 1 queijo recheado (20 g) e 2 torrões (10 g)	Panquecas de pera e 200 ml de leite meio-gordo
Quinta-feira	3-9 anos	1 brigadeiro de maçã e 1 iogurte líquido não açucarado	10 pão de mistura com pasta de grão e cenoura, 1 banana e 200 ml de leite meio-gordo
	10-18 anos	3 brigadeiros de maçã e 1 iogurte líquido não açucarado	1 pão de mistura com pasta de grão e cenoura, 1 banana e 200 ml de leite meio-gordo
Sexta-feira	3-9 anos	200 ml de leite meio-gordo e 2 bolachas de milho com sementes	Iogurte sólido não açucarado com puré de maçã e 2 colheres de sopa de floco de aveia
	10-18 anos	200 ml de leite meio-gordo, 2 bolachas de milho com sementes e 1 pera	Iogurte sólido não açucarado com puré de maçã e 4 colheres de sopa de floco de aveia

RECEITAS EM FAMÍLIA

Pequenos lanches, grandes sorrisos

Aceda a este código para guardar este livro no seu telefone e partilhar com quem mais gosta!

**Apêndice XXI - Apresentação Da Sessão De Formação “Norma Nº 003/
2019- Modelo De Intervenção Diferenciada No Luto Prolongado Em
Adultos”**

NORMA Nº003/2019 DA DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

Um breve resumo

Agência de Avaliação e Acreditação da Saúde, membro do Sistema de Avaliação da Qualidade em Saúde - Área de Saúde
Unidade de Saúde, Unidade de Avaliação da Qualidade em Saúde



ULS
BAIXO
MONDEGO

USF

Como avaliar o luto?

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO NO LUTO

Aplicado às pessoas que se encontram em luto e onde se considera a presença de risco de perturbação de luto prolongado. Avalia o sentimento de raiva, acusação ou culpa, relações atuais e capacidade de adaptação ao luto.

(DGS, 2019)

Fatores de Risco	Indicadores	Pont.
1 Raiva	Nenhuma Irritação leve Moderada (explosões de raiva ocasionais) Severa (com prejuízo das relações) Extrema (sempre amargurado/a)	1 2 3 4 5
2 Acusação ou culpa, sentimento de ter sido responsável	Nenhuma Leve (vaga e geral) Moderada (pensamentos acusatórios) Severa (preocupação com auto-culpabilização) Extrema (problema maior de culpa)	1 2 3 4 5
3 Relações atuais	Família próxima e muito apoiante Família moderadamente apoiante Família distante Desconfiança em relação à disponibilidade dos outros Sem perceção de suporte	1 2 3 4 5
4 Capacidade de adaptação ao luto	Boa (luto normal, adaptação sem ajuda) Razoável (provavelmente consegue adaptar-se sem ajuda) Duvidosa (pode precisar de ajuda de especialista) Má (requer ajuda de especialista) Muito má (requer urgente ajuda de especialista)	1 2 3 4 5
Total:		_____
A - Ausente Baixo risco (Pont. < 7)	Providenciar informação sobre luto e disponibilizar folheto se necessário	
B - Atenção Moderado risco (Pont. 7-9)	Disponibilizar folheto e encaminhar para serviços de saúde mental locais	
C - Recomendar apoio de especialista no luto Elevado risco (Pont. > 10)	Disponibilizar folheto e encaminhar para consulta de luto	

CHECKLIST DE FATORES DE RISCO PERTURBAÇÃO NO LUTO PROLONGADO

Auxilia o profissional de saúde a identificar os fatores de risco de perturbação de luto prolongado. Sempre que possível, deve complementar o instrumento de avaliação de risco no luto.

(DGS, 2019)

FAMILIARES	S/N	Observações
Fatores Pessoais		
Género feminino		
Idade jovem do ente significativo		
Idade avançada da pessoa em luto		
Antecedentes psiquiátricos		
Tentativas suicidas pré-luto ou ideação suicida		
Consumo de substâncias		
Lutos anteriores não integrados		
Estilo de vinculação inseguro		
Negação persistente/coping evitativo/ruminação		
Manifestações intensas de culpa / raiva		
Incapacidade de atribuir significado à perda		
Neuroticismo		
Fatores Interpessoais		
Perda de filhos/cópula		
Relação de marcada dependência		
Relação conflituosa		
Relação conflituosa/ ambivalente		
Falta de apoio sócio-familiar		
Crises familiares não resolvidas		
Projetos truncados/assuntos pendentes		
Impossibilidade de cumprir rituais religiosos/espirituais		
Fatores Circunstanciais		
Morte súbita		
Morte violenta (suicídio, homicídio ou acidente)		
Perdas múltiplas		
Perceção subjetiva de falta de preparação para a morte		
Cuidador principal do doente		
Falta de controlo de sintomas		
Relações disfuncionais com profissionais de saúde		
Imagem demarcada/ deterioração do doente		
Sobrecarga do cuidador		
Presença de menores na família		
Problemas económicos		

MODELO DE INTERVENÇÃO NO LUTO

Aplicado conforme a classificação obtidano prévio instrumento. Se:

- Classificação <7: Intervenção Universal
- Classificação 7-9: Intervenção Seletiva
- Classificação >9: Intervenção Indicativa

(DGS, 2019)

Nível	%Enlutados (estimados*)	População-alvo	Tipo de apoio	Quem apoia	Parceiros
Universal (Pont. < 7)	56%	Todas as pessoas em luto (luto normal) Necessidades básicas	Informação sobre luto e sobre apoios básicos disponíveis	Família/ Amigos Informação fornecida por profissionais de Saúde e da área de Serviço Social	Comunidade Local Cuidados de Saúde Primários Hospital Cuidados continuados integrados
Seletiva (Pont. 7-9)	34%	Pessoas em luto com risco de desenvolver necessidades complexas Necessidades intermédias	Rastreio e apoio qualificado não diferenciado	Médicos, Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeiros, Técnicos Superiores da área de Serviço Social, Conselheiros de luto e voluntários com formação qualificada no luto	Hospital Cuidados de Saúde Primários Cuidados Continuados Integrados Cuidados Paliativos
Indicativa (Pont. ≥ 10)	10%	Pessoas em luto com necessidades complexas	Intervenções diferenciadas	Profissionais de Saúde com formação avançada em luto prolongado (consulta de luto individual/grupal)	Unidades Piloto

Folheto informativo

As necessidades da pessoa em luto

As necessidades da pessoa podem ser afetadas pela perda de pessoas que tinham desempenhado a parte das atividades de suporte no luto.

Para lidar com a perda, a pessoa tem muitas necessidades de suporte emocional.

- Falar livremente dos seus sentimentos sem ser julgada ou forçada a expressar os seus.
- Depoi do tempo e do modo para lidar de si e de os outros.
- Ter tempo para estar só e descansar para se reconstruir e elaborar, de acordo com o seu ritmo.
- Que possa fazer para se sentir melhor?

O que pode fazer para se sentir melhor?

Quando se está em luto, pode usar uma variedade de recursos para lidar com a perda e a dor.

Exemplos que mostram formas de lidar com a perda:

- Retorno de vida e de alimentação.
- Atividade física: ir ao ginásio ou fazer exercício.
- Exercícios: fazer a atividade física, por exemplo, fazer exercícios de alongamento.
- Prática de exercícios físicos.
- Procura de apoio: ir ao apoio de um profissional de saúde.

Onde procurar ajuda?

...Nunca é tarde demais para pedir Ajuda! Não hesite de receber ajuda!

O LUTO

Compreender o processo de luto e o mal-estar que pode estar associado ao luto e reconhecer que a perda é uma experiência que pode ser melhorada com o suporte de ajuda.

A experiência de luto

As experiências de luto são muito variadas e dependem de muitos fatores. Alguns fatores que podem influenciar a experiência de luto são:

- Idade da pessoa que morreu.
- Relação com a pessoa que morreu.
- Tempo decorrido desde a morte.
- Local onde a morte ocorreu.
- Como a morte ocorreu.
- Se a morte foi inesperada.
- Se a morte foi esperada.
- Se a morte foi natural.
- Se a morte foi violenta.
- Se a morte foi por doença.
- Se a morte foi por acidente.
- Se a morte foi por suicídio.
- Se a morte foi por overdose.
- Se a morte foi por falta de cuidados.
- Se a morte foi por negligência.
- Se a morte foi por má prática médica.
- Se a morte foi por má prática de enfermagem.
- Se a morte foi por má prática de fisioterapia.
- Se a morte foi por má prática de psicologia.
- Se a morte foi por má prática de psiquiatria.
- Se a morte foi por má prática de radioterapia.
- Se a morte foi por má prática de quimioterapia.
- Se a morte foi por má prática de cirurgia.
- Se a morte foi por má prática de anestesia.
- Se a morte foi por má prática de enfermagem.
- Se a morte foi por má prática de fisioterapia.
- Se a morte foi por má prática de psicologia.
- Se a morte foi por má prática de psiquiatria.
- Se a morte foi por má prática de radioterapia.
- Se a morte foi por má prática de quimioterapia.
- Se a morte foi por má prática de cirurgia.
- Se a morte foi por má prática de anestesia.

Manifestações do luto

As manifestações do luto são muito variadas e dependem de muitos fatores. Alguns fatores que podem influenciar as manifestações do luto são:

- Idade da pessoa que morreu.
- Relação com a pessoa que morreu.
- Tempo decorrido desde a morte.
- Local onde a morte ocorreu.
- Como a morte ocorreu.
- Se a morte foi inesperada.
- Se a morte foi esperada.
- Se a morte foi natural.
- Se a morte foi violenta.
- Se a morte foi por doença.
- Se a morte foi por acidente.
- Se a morte foi por suicídio.
- Se a morte foi por overdose.
- Se a morte foi por falta de cuidados.
- Se a morte foi por negligência.
- Se a morte foi por má prática médica.
- Se a morte foi por má prática de enfermagem.
- Se a morte foi por má prática de fisioterapia.
- Se a morte foi por má prática de psicologia.
- Se a morte foi por má prática de psiquiatria.
- Se a morte foi por má prática de radioterapia.
- Se a morte foi por má prática de quimioterapia.
- Se a morte foi por má prática de cirurgia.
- Se a morte foi por má prática de anestesia.

Manifestações de luto prolongado

As manifestações de luto prolongado são muito variadas e dependem de muitos fatores. Alguns fatores que podem influenciar as manifestações de luto prolongado são:

- Idade da pessoa que morreu.
- Relação com a pessoa que morreu.
- Tempo decorrido desde a morte.
- Local onde a morte ocorreu.
- Como a morte ocorreu.
- Se a morte foi inesperada.
- Se a morte foi esperada.
- Se a morte foi natural.
- Se a morte foi violenta.
- Se a morte foi por doença.
- Se a morte foi por acidente.
- Se a morte foi por suicídio.
- Se a morte foi por overdose.
- Se a morte foi por falta de cuidados.
- Se a morte foi por negligência.
- Se a morte foi por má prática médica.
- Se a morte foi por má prática de enfermagem.
- Se a morte foi por má prática de fisioterapia.
- Se a morte foi por má prática de psicologia.
- Se a morte foi por má prática de psiquiatria.
- Se a morte foi por má prática de radioterapia.
- Se a morte foi por má prática de quimioterapia.
- Se a morte foi por má prática de cirurgia.
- Se a morte foi por má prática de anestesia.

(DGS, 2019)

AVALIAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DE LUTO PROLONGADO - PG- 13

Aplica-se às pessoas que após avaliação, necessitem de intervenção seletiva ou indicativa.

Composto por 13 itens descritivos, apresenta os seguintes critérios de cotação:

- Critério I: Evento
- Critério II: Ansiedade de Separação;
- Critério III: Persistência dos sintomas;
- Critério IV: Sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental;
- Critério V: Perturbação do funcionamento social e ocupacional.

(DGS,2019)

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

___ 1= Quase nunca
___ 2= Pelo menos uma vez
___ 3= Pelo menos uma vez por semana
___ 4= Pelo menos uma vez por dia
___ 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensos dor emocional, irritabilidade ou episódios de tensão relacionados com a relação perdida?

___ 1= Quase nunca
___ 2= Pelo menos uma vez
___ 3= Pelo menos uma vez por semana
___ 4= Pelo menos uma vez por dia
___ 5= Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 a 2, tem essa experiência pelo menos duramente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

___ Não
___ Sim

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?

___ 1= Quase nunca
___ 2= Pelo menos uma vez
___ 3= Pelo menos uma vez por semana
___ 4= Pelo menos uma vez por dia
___ 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

___ Não
___ Sim

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Por favor, indique como um círculo o número adequado correspondente ao que tipicamente sente em resposta a cada questão.

	Não nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes
6. Sente-se confuso(a) quanto ao seu papel na vida doente que não sabe quem é doente e sua perda?	1	2	3	4
7. Tem dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4
8. Tem dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4
10. Sente ainda dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos relacionamentos)?	1	2	3	4
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, veja no item significado desde a sua perda?	1	2	3	4

Observações:

Fonte: Delgado VM, Coelho A, Barbosa A. Adaptação e validação portuguesa do instrumento de avaliação do luto prolongado. Acta Med Port, 2011; 24(6): 639-642.

Critérios de cotação- PG-13

Critérios	Descrição
I - Evento	Morte de um familiar há, pelo menos, 6 meses
II - Ansiedade de separação	Resposta às questões 1 a 2 com valor de 4 ou 5
III - Persistência dos sintomas	Resposta a questão 3 afirmativa
IV - Sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental	Das questões 4 a 12, 3 respondidas com 4 ou 5
V - Perturbação do funcionamento social e ocupacional	Resposta à questão 13 positiva

AVALIAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS EM LUTO

Complementa o instrumento de avaliação prévio, no sentido de auxiliar a avaliação clínica e personalizar o acompanhamento de cada doente.

(DGS,2019)

	Luto normal até 6 meses Nos primeiros 6 meses após a morte de um ente significativo	Luto normal após 6 meses Depois dos primeiros 6 meses após a morte de um ente significativo	Luto prolongado Pelo menos 6 meses após a morte de um ente significativo
Sentimento de anseio/saudades	✓✓✓	✓	✓✓✓
Tristeza	✓✓✓	✓	✓✓✓
Ansiedade / raiva / culpa	✓✓	✓	✓✓✓
Dificuldade para se envolver com outras pessoas ou atividades de vida quotidiana	✓	-	✓✓✓
Aumento da reatividade fisiológica e/ou emocional a lembranças da perda	✓✓	✓	✓✓✓
Pensamentos ou memórias intrusivos do falecido	✓✓	✓	✓✓✓
Mudanças no sentimento de si próprio	✓	-	✓✓
Ruminação sobre pensamentos perturbadores com a morte ou a perda	✓	-	✓✓✓
Evitamento de lembranças de que a pessoa desapareceu	✓	-	✓✓✓
Níveis elevados de emotividade com dificuldade em regular emoções	✓	-	✓✓✓
Perturbações de sono	✓✓	✓	✓
Dor física e outros sintomas somáticos perturbantes	✓✓	✓	✓✓
Estratégias de gestão sugeridas	Normalizar os sintomas do luto e tranquilizar a pessoa. Considerar referenciá-lo para profissionais de saúde mental se os sintomas forem graves ou incómodos. Fornecer folheto sobre o luto. Agendar follow up de 6-8 meses após a perda ou mais cedo se necessário.		Referenciar para saúde mental ou para consulta de luto.
✓Pode estar presente	✓✓Muitas vezes presente	✓✓✓Quase sempre presente	-Não presente

O luto prolongado é diagnosticado quando se encontra presente os seguintes critérios clínicos:

Existência de pelo menos um dos seguintes sintomas:...

1. Ansiedade e desejo persistente pelo ente significativo
2. Preocupação persistente e profunda com o ente significativo

Existência de dor emocional intensa:...

1. Acompanhado por intensa dor emocional (tristeza, culpa, raiva, negação, culpa);
2. Dificuldade em aceitar a morte;
3. Sentimento de que alguém perdeu uma parte de si mesmo;
4. Incapacidade de experimentar sensações positivas;
5. Instabilidade emocional;
6. Dificuldade em realizar atividades sociais ou outras atividades

Tempo e perturbações - mais de 6 meses no mínimo após a perda:...

1. Excedendo as referências sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo;
2. Reaparecendo de luto persistentes por longos períodos de tempo que estão dentro de um período normativo, dado o contexto cultural, religioso da pessoa em luto, não necessitam de diagnóstico;
3. Esta perturbação causa problemas significativos a nível pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do desenvolvimento

(DGS,2019)



Como intervir?



MEDIDAS DE BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DA PERTURBAÇÃO DO LUTO PROLONGADO

Documento orientador de avaliação e gestão de pessoas em luto, de forma a auxiliar a avaliação clínica e personalizar o acompanhamento da pessoa e da família.

(DGS, 2019)



Aborda os seguintes momentos

- Cuidados a ter ao doente e sua família no processo de final de vida:
 - Informações ao doente e família
 - Contacto com os familiares
 - Sensibilização prévia;
 - Competências profissionais;
 - Atuação dos profissionais de saúde.
- Comunicação da morte aos familiares e os respetivos critérios
- A manifestação de condulências, em situações particulares de envolvimento dos profissionais de saúde, quer o doente tenha falecido na instituição ou noutra local
- Plano de acompanhamento da pessoa em luto

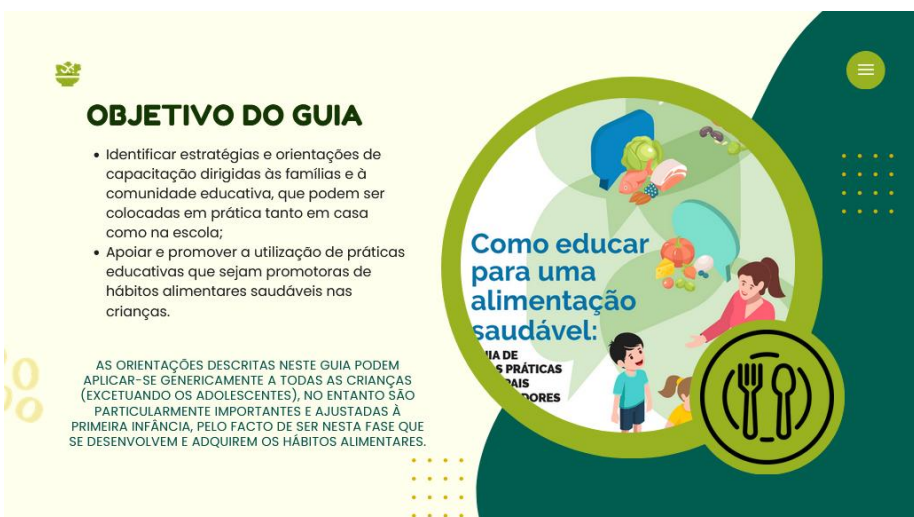
(DGS, 2019)

Onde encontrar esta informação?

DGS. Direção Geral da Saúde. (2019). Norma DGS n. 003/2019 de 23 abril 2019 - Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos. Ministério da Saúde.

[illegible]

**Apêndice XXII - Apresentação Da Sessão De Formação “Como Educar Para
Uma Alimentação Saudável: Guia De Boas Práticas Para Pais E
Educadores”**





Indicações para as famílias

EQUILÍBRIO

Práticas afetuosas que respondem às necessidades da criança, ambiente democrático que ouve e valoriza a opinião da criança



Práticas que mantêm o exercício de poder parental, ambiente estruturado onde o cumprimento de regras não é negligenciado



Indicações para as famílias

PORQUÊ PROMOVER PRÁTICAS EDUCATIVAS RESPONSIVAS?

Previnem o consumo alimentar excessivo/alimentação emocional

Promovem uma relação saudável com a alimentação

Apoiam o desenvolvimento cognitivo e emocional

Fortalecem a interação entre o adulto e a criança

Ajudam a desenvolver a capacidade de autorregulação alimentar

Previnem perturbações do comportamento alimentar e a obesidade infantil

Favorecem o desenvolvimento e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis

Contribuem para uma maior autonomia face à alimentação e respetivas escolhas



Indicações para as famílias

Exemplos de Práticas alimentares Responsivas

✓ O QUE FAZER?

Incentivar a criança a comer, mas sem forçá-la, estando atento aos sinais de fome e saciedade.

Incentivar e ensinar a criança a comer pela própria mão e a preparar os alimentos no prato (ex: desossando, separando as espinhas ou descascando a fruta), promovendo a autonomia.

Promover as refeições em família, dando o exemplo para comportamentos alimentares saudáveis e "amigos do ambiente" (modelação).

✗ E O QUE NÃO DEVE FAZER?

Exercer práticas de pressão e de controlo sobre a criança para comer tudo o que tem no prato, não respeitando os sinais de fome e saciedade.

Alimentar a criança, mesmo quando está apta para o fazer sozinha, não dando atenção aos sinais de prontidão alimentar (capacidade necessária para comer pela própria mão).

Não orientar a criança para o estabelecimento de rotinas alimentares e preferências por alimentos saudáveis.

Minimizar distrações (ex: ecrãs) durante as refeições de forma a evitar a perda de interesse da criança na alimentação.

Compreender que as refeições são momentos de convívio, aprendizagem e de criação de laços. Falar com a criança durante as refeições (ex: contar o dia ou uma história; falar sobre os alimentos que compõem a refeição), promovendo o contacto visual.

Em caso de recusa de alguns alimentos, experimentar, de forma continuada, diferentes combinações, sabores, texturas e estratégias de incentivo.

Promover um momento de refeição tranquilo e agradável.

Interação e comunicação positiva e afetuosa, de incentivo e centrada na criança, promovendo uma escuta ativa, que promova a valorização e confiança.

Ignorar as crianças ou distraí-las com os dispositivos eletrónicos durante as refeições.

Não entender o momento de refeição como uma oportunidade para interagir com a criança (não falar, nem manter o contacto visual).

Não dar à criança oportunidades suficientes para voltar a experimentar o alimento recusado.

Ambiente de refeição agitado, desconfortável e com conflitos.

Comunicação utilizando linguagem coerciva e crítica (ex: "tens de comer tudo", "se não comeres, ficas de castigo").



Indicações para as famílias

COMO FALAR SOBRE ALIMENTAÇÃO COM AS CRIANÇAS?

✓ PREPARE-

"Não queres comer mais porque sentes a tua barriga cheia?"
"Se for o caso, não precisas de comer tudo."

"Não há problema não teres gostado, podemos voltar a experimentar num outro dia, cozinhado de outra forma."

"Se não quiseres mais não há problema, mas da próxima vez não fazemos esta escolha ou pedimos menos quantidade."

"Alguns alimentos ajudam-nos a crescer e a ser fortes. Há outros alimentos que fazem mal e não podemos comer muitas vezes. Ficará para outro dia."

"A sopa tem muitas vitaminas e minerais que te ajudam a crescer forte e saudável, por isso era bom se comesses."

"Hoje estás a portar-te muito bem. Vamos fazer alguma atividade que gostes? Porlar, fazer um puzzle..."

✗ EN VEZ DE...

"Tens de comer tudo o que tens no prato."

"Tens de provar porque te faz bem. Se não gostares não tens de voltar a comer."

"Pediste, agora tens de comer tudo!"

"Se comeres isso vais ficar gordo/a."

"Não podes comer gelados, chocolates nem outras porcas."

"Se não comeres a sopa toda, não comes sobremesa."

"Se te portares bem, compro-te um gelado."



Indicações para as famílias

COMO PROMOVER A ACEITAÇÃO DE ALIMENTOS?

DOS 2 AOS 3 ANOS

Fase de descoberta sensorial e de marcada expansão do número de alimentos conhecidos/aceites. A alimentação e o desenvolvimento motor estão intrinsecamente associados.



✓ Permita que a criança **explore os alimentos com vários sentidos** (visão, olfato, tato), mesmo que, inicialmente, não os leve à boca ou não os aceite provar.



✓ Ofereça uma alimentação completa, equilibrada e variada, com **exposições sucessivas a alimentos nutricionalmente adequados** e com um aumento progressivo das texturas (ex: papas cremosas, papas com grãos, alimentos amassados, alimentos em pedaços pequenos, alimentos com textura firme e crocante).



✓ Pode haver um acentuado decréscimo do apetite a partir dos 12 meses (anorexia fisiológica do 2º ano de vida), e pode também variar bastante de dia para dia. Assim, é importante **conhecer, identificar e respeitar os sinais de fome e de saciedade** de cada criança (afastar a comida, fechar a boca, virar a cabeça, emitir sons ou palavras de recusa...).

DOS 3 AOS 5 ANOS

Nesta faixa etária é comum haver uma aversão a aceitar alimentos novos (neofobia). O ambiente social e a influência dos pares e dos cuidadores começa a ter um papel nas preferências alimentares das crianças.



✓ A estratégia mais eficaz para promover a preferência das crianças por alimentos saudáveis é a **exposição repetida**. Podem ser necessárias **10 a 15 exposições a um alimento** para que o mesmo seja aceite.



✓ **Inclua e envolva as crianças na preparação das refeições** para aumentar a probabilidade de aceitarem provar novos alimentos.



✓ **Dê o exemplo**, consumindo os mesmos alimentos que são oferecidos à criança.



✓ **Diversifique a oferta alimentar em casa**, aproximando-a da do jardim-de-infância, reduzindo assim o risco de recusa alimentar em contexto educativo.



Indicações para as famílias

MELHORIA DO AMBIENTE AS REFEIÇÕES

AJUDE A ASSOCIAR MEMÓRIAS POSITIVAS AO CONSUMO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS



- Crie um **ambiente atrativo** (mesa decorada, música de fundo...).
- Reserve o **tempo adequado** para as refeições.
- Tenha sempre **alimentos saudáveis** nas comemorações e festividades.

TRANSFORME AS REFEIÇÕES EM MOMENTOS EM FAMÍLIA E DÊ O EXEMPLO



- Faça **refeições em conjunto** (adultos e criança) e torne-as em momentos de convívio e partilha. Estimule a conversa à mesa, promovendo o contacto visual com a criança.
- "Diz 3 coisas que são divertidas para ti."
- "Com quem brincaste hoje na escola?"
- Sirva a **mesma refeição a todos os membros da família** e dê o exemplo: se quer que a criança coma sopa, faça-o também.
- Faça **refeições sem ecrãs** (telemóveis, tablets e TV).

PROMOÇÃO ATIVA DA PARTICIPAÇÃO DA CRIANÇA

ENVOLVA AS CRIANÇAS NA ESCOLHA, PREPARAÇÃO E CONFEÇÃO DOS ALIMENTOS



- Dê alguma **percepção de autonomia de escolha** às crianças, apresentando-lhes 2 ou 3 opções equilibradas:
 - "Vamos fazer sopa de feijão verde ou de cenoura?"
 - "Queres comprar morangos ou uvas?"
- Inclua as **crianças na preparação e na confeção** dos alimentos refeições, dando-lhes tarefas adequadas à idade e com progressiva autonomia.
- Envolve as **crianças na aquisição de alimentos**, explicando o impacto ambiental dessa escolha (sazonalidade, pescado com menor impacto...).



Indicações para as famílias

TAREFAS PARA CRIANÇAS NA COZINHA

2 A 3 ANOS
AJUDAR COM SUPERVISÃO DE UM ADULTO

Lavar frutas e hortícolas

Temperar saladas

Usar formas para moldar

Limpar a bancada

3 A 5 ANOS
AJUDAR EM TAREFAS MUITO SIMPLES

Juntar ingredientes

Amassar massa de pão

Partir ovos

Pincelar azeite em alimentos

6 A 9 ANOS
AJUDAR EM TAREFAS UM POUCO MAIS COMPLEXAS

Medir/ pesar os alimentos

Usar o misturador

Preparar o lanche

Preparar hortícolas

10+ ANOS
AJUDAR EM TAREFAS DE RESPONSABILIDADE

Usar o fogão com supervisão

Cortar hortícolas

Preparar receitas simples

Bater os ovos



Indicações para as escolas



PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA UMA BOA EDUCAÇÃO ALIMENTAR ESCOLAR

- Envolvimento das crianças na confeção alimentar;
- Praticar contínua e permanentemente a educação alimentar nas escolas, não sendo apenas algo pontual;
- Não tomar os "dias de festa" a regra, - no guia sugerem ideias de como comemorar dias festivos (aniversários, Natal, Páscoa e o dia das bruxas);
- Valorizar comportamentos positivos, sem o uso de recompensas alimentares;
- Indicações para o refeitório escolar e critérios de avaliação de projetos de educação alimentar nas escolas.



Materiais de apoio à alimentação saudável



Referência Bibliográfica

Direção Geral da Saúde (2025). *Como educar para uma alimentação saudável: Guia de boas práticas para pais e educadores*. Direção Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_documentos/como_educar_para_uma_alimentacao_saudavel_-_guia_de_boas_praticas_para_pais_e_educadores.pdf



Apêndice XXIII – Poster de apoio as famílias com elementos LGBTQIA+

PAIS COM FAMÍLIA LGBTQIA+... E AGORA?

Soube que a sua criança/
adolescente se inclui neste grupo
mas possui dúvidas em como lidar
com a situação?



Nada tema, todo este processo é **100% normal** e estamos aqui para lhe dar a
informação principal que necessita!

Existem alguns guias, criados pela **AMPLOS**
(Associação de Mães e Pais pela Liberdade de
Orientação Sexual e Identidade de Género), que
podem ajudar a esclarecer duvidas que possua!

Eles também possuem **reuniões de esclarecimento
online**, onde as pessoas podem expressar as suas
dúvidas, experiências e experiências, [livres de preconceito](#)

A **equipa da USF Nautilus** também está aqui
para o ajudar em qualquer dúvida que tenha!

Apoiamos o combater à discriminação em
razão da orientação sexual, identidade,
expressão de género e características
sexuais e **o primeiro passo começa com
você!**

**NUNCA SE ESQUEÇA, É NA FAMÍLIA
QUE SE APRENDE A AMAR, A SABER
AMAR E A SER AMADO!**



GUIA PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS
LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS (LGB+)



GUIA PARA FAMÍLIAS DE PESSOAS TRANS*



GUIA PARA FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
COM PAPÉIS E COMPORTAMENTOS
DE GÉNERO DIVERSO



POLITÉCNICO
DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

USF

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO

Trabalho realizado por: Ana Patrícia Gil Rocha,
aluna do mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária,
área de Saúde Familiar da EssLei, sob a orientação da Enf.ª Patrícia [redacted]
Aprovado pelo Conselho Técnico a 25/06/2025
Referência Bibliográfica: <https://www.amplos.pt/>

Apêndice XXIV – Folheto “Como preparar o biberão do bebê?”

Dúvidas? Contacte-nos!

Digitaliza este QR code para saberes mais informações sobre as fontes utilizadas!



Trabalho elaborado por: Ana Patrícia Gil Rocha, aluna do mestrado de Saúde Comunitária, área de Saúde Familiar da EssLeI, sob a orientação da Enf.ª Patrícia [REDACTED]
Documento aprovado pelo Conselho Técnico a 25/06/2025

USF



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO MONDEGO



COMO PREPARAR O BIBERÃO DO BEBÉ?

Contactos

QUANDO É QUE O BEBÉ DEVE COMER?

O bebé deve ser alimentado assim que apresenta sinais de fome, tais como:

- ◊ No início, começa a mover rapidamente os olhos;
- ◊ Chuchar nas mãos com sofreguidão;
- ◊ Reflexo de busca, virando a cabeça e abrindo a boca;
- ◊ Estalar os lábios,

Não havendo um número certo de tomas, nem da sua duração.

À medida que cresce e vai diversificando na alimentação, **o biberão vai sendo substituído por refeições sólidas**. A transição deve ser feita **à velocidade e ao gosto do bebé**.



Deve

- Guardar a lata do leite em pó durante um mês;
- Ser dada imediatamente ou então conservar no frigorífico a uma temperatura entre 2 a 4°C por um período máximo de 24 horas, dado se estragar rapidamente;
- Esterilizar sempre o biberão;
- Adicionar o pó depois da água arrefecer por 30 minutos;
- Agite o biberão até dissolver o pó;
- Verificar sempre a temperatura do leite antes de dar ao bebé.

Não deve

- Usar "medidas a olho";
- Reaproveitar ou reaquecer a mesma água mais do que uma vez;
- Ferver ou aquecer o biberão no microondas, para não destruir proteínas e nutrientes ou provocar queimaduras;
- Usar máquina de lava-loiça para esterilizar, usar apenas para lavar;
- Usar água quente diretamente da torneira;
- Adicionar açúcar ou cereais;
- Congelar o leite no biberão;

LIMPAR, ESTERILIZAR E/OU ARMAZENAR O BIBERÃO

- ⇒ **Limpar** a bancada;
 - ⇒ **Lavar bem** as mãos com sabão e água quente e **secar** com uma toalha limpa;
 - ⇒ **Lavar todos** os componentes do biberão com água quente e detergente adequado: **use** um escovilhão/escova para tetina para lavar o interior/exterior e para garantir a remoção de todos os resíduos de leite.
- O vapor causado por um esterilizador é a melhor forma de garantir a esterilização do biberão.
- Em alternativa, esterilize o biberão com água a ferver numa panela.

Encha a panela com água da torneira garantindo que todos os componentes do biberão estão cobertos, sem retenção de bolhas de ar, durante toda a fervura.
- ⇒ **Enxaguar** bem todos os componentes do biberão.
 - ⇒ **Ferver** no mínimo 5 minutos, mantendo a tampa na panela até à utilização do biberão.
 - ⇒ **Manusear** o biberão sempre pelo exterior, sem tocar na tetina para evitar a sua contaminação.

Proteja o biberão com a tampa, garantindo que não toca no seu interior, para evitar a contaminação! Armazene o biberão vazio esterilizado até 24 horas. Se não o usar nesse período, esterilize novamente. **Caso o biberão seja aberto por qualquer motivo, ele deixa de estar esterilizado.**

PREPARAR O BIBERÃO

- ⇒ **Ferver** água no jarro elétrico/ panela;
- ⇒ **Deixe** a água arrefecer no jarro elétrico/panela, no máximo 30 minutos;
- ⇒ **Limpar** a bancada;
- ⇒ **Lavar bem** as mãos com sabão e água quente e **secar** com uma toalha limpa;
- ⇒ **Verificar** a data de validade após abertura e leia as instruções de preparação no rótulo da embalagem de leite para lactentes com atenção, de forma a identificar as quantidades de pó e água necessárias (habitualmente por cada 30ml de água, 1 colher rasa de pó);
- ⇒ **Encher** o biberão esterilizado com a quantidade exata de água. A água ainda estará a 70°C, devendo tomar as devidas precauções para evitar queimaduras.
- ⇒ **Adicionar** a quantidade exata de pó à água do biberão, usando a colher medidora fornecida, devidamente limpa.
- ⇒ **Colocar** a tetina tapada no biberão e agite até dissolver o pó.
- ⇒ **Fechar** a embalagem de leite para lactentes após a utilização, de forma a protegê-lo de germes e impurezas.

IMPORTANTE

A água usada não deve ser água mineral, nem água com gás, por serem perigosas para o bebé

Antes de dar o leite ao seu bebé, verifique sempre a temperatura, colocando umas gotas de leite na parte interna do seu pulso: deverá estar morno e não quente.

COMO DAR O BIBERÃO?

Quem der o biberão deve **sentar-se numa posição confortável com as costas apoiadas, podendo utilizar uma almofada para apoiar** o seu braço e corpo do bebé.

1. **Recostar o bebé** numa posição semi-sentada, aconchegando-o junto ao corpo e mantendo-o sempre acordado
2. **Inclina a cabeça do bebé** ligeiramente sobre o corpo para evitar que ele se engasgue, regurgite ou se alimente em excesso.
3. **Aproximar a tetina** dos lábios do bebé e introduz suavemente na sua boca. A tetina deve estar preenchida com leite para diminuir a ingestão de ar.
4. **Escolhe um biberão com a tetina/peão adequado** ao bebé para manter um ritmo de alimentação constante.
5. **Deita fora o restante.** Quando o bebé começar a afastar a cabeça do biberão ou fechar a boca, significa que a alimentação terminou. Nesse momento, podes deitar fora o leite que sobrar no biberão.

Enquanto alimenta o bebé deve falar com ele. Esta proximidade é fundamental para estabelecer laços afetivos.



COMO FAZER O BEBÉ ARROTAR?

O bebé **pode necessitar de fazer breves pausas** quando come, dando arrotos ocasionalmente.

O **arroto** consiste na expulsão do ar que o bebé deglutiu ao longo da refeição. Para ajudar o bebé deve colocá-lo virado para si, de pé, encostado ao seu tronco, com a cabeça apoiada num dos seus ombros. Pode dar palmadinhas ou massajar a parte superior das costas.

Quando ele não quer comer mais, segure-o na posição vertical e esfregue-lhe suavemente ou dê-lhe algumas palmadinhas nas costas, até que deixe sair o ar. Pode sair uma quantidade muito pequena e pode mesmo bolsar pequenas quantidades de leite.

Se o bebé ingeriu menor quantidade de ar durante a alimentação pode não arrotar de imediato. Depois de estar deitado pode ficar incomodado e com dificuldade em adormecer. Nestas situações pegue novamente no seu bebé e coloque-o em posição de arrotar.

ATENÇÃO!

Se o bebé se engasgar, os pais devem observar se ele respira ou chora. Se não o fizer, devem proceder à manobra de **desengasgamento**:

- Colocar o bebé de barriga para baixo sobre o seu antebraço com a cabeça inclinada para baixo.
- Dar cinco pancadas nas costas, entre as omoplatas (utilize a base da mão, com força adequada ao tamanho da criança).
- Se, entretanto, o bebé não começar a chorar, verifique se respira e, se não o fizer, repita a manobra.
- **Se mesmo assim não solucionar, ativar o 112!**

Apêndice XXV – Poster “Como preparar o biberão para o bebê?”

COMO PREPARAR O BIBERÃO PARA O BEBÊ?



1-Ferver água no jarro elétrico/ panela;

2-Deixe a água arrefecer, no máximo 30 minutos;

3-Limpar a bancada e **Lavar bem e Secar** as mãos;



4-Verificar a data de validade do leite em pó e **Ler** as instruções de preparação no rótulo da embalagem, pois lá indica as quantidades de pó e água necessárias;

5-Encher o biberão esterilizado com a quantidade exata de água. A água ainda estará a 70°C, devendo tomar as devidas precauções para evitar queimaduras.

6-Adicionar a quantidade exata de pó à água do biberão, **Colocar** a tetina tapada no biberão e **Agite até dissolver** o pó.



....e se tiver mais dúvidas o que devo fazer?



Não hesite em pedir o nosso folheto sobre **“COMO PREPARAR O BIBERÃO PARA O BEBÊ”** ao seu profissional de saúde!



Apêndice XXVI- Questionário

Questionário do âmbito das crenças e atitudes do enfermeiro, sobre a família, enquanto foco de cuidados

Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

1. Género

1. Masculino ☐

2. Feminino ☐

3. Outro ☐

2. Idade: _____

3. Nível de formação

1. Licenciatura ☐

2. Bacharelato ☐

3. Pós-graduação ☐

4. Mestrado/ Especialidade ☐

5. Doutoramento ☐

4. Tempo de Experiência Profissional: _____

5. Onde realiza a prática clínica?

1. USF ☐

2. UCSP ☐

Parte II – “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros” (IFCE-AE) (Benzein, et al. 2008, adaptado por Oliveira et al., 2011)

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. De salientar que o conceito de família envolve os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos.

Não há respostas certas ou erradas.

Responda às seguintes questões, preenchendo com uma cruz (X), tendo em conta o seu grau de concordância, em que:

1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo completamente.

Pede-se que não deixe nenhuma resposta por responder:

Nº	Questões	1	2	3	4
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira(o).				
6	No primeiro contato com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contato, poupa-me tempo no meu futuro trabalho.				
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.				
13	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15	Convido os membros da família a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				

17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18	Considero os membros da família a falarem sobre as alterações do estado do utente.				
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22	É importante dedicar tempo às famílias.				
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

Parte III- Crenças do enfermeiro

De forma a inquirir sobre as crenças presentes na prática profissional diária com a família, responda às seguintes questões de forma honesta e objetiva. A nenhuma resposta será realizada qualquer juízo de valor, sendo apenas para identificar as principais crenças que possui atualmente.

1. Que obstáculos acredita que as suas crenças trazem para a sua prática de enfermagem?

2. Dê um exemplo onde as suas crenças promoveram a saúde de uma família.

3. Que significado atribui à família como foco de cuidados?

Obrigada pela participação!

Apêndice XXVII- Consentimento Informado



Escola SUPERIOR DE SAÚDE DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

8º Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Estágio de Enfermagem de cuidados de saúde à família no contexto de USF/UCSP

Ano letivo 2025/2026

CONSENTIMENTO INFORMADO

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

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, a aluna Ana Patrícia Gil Rocha encontra-se a realizar um estudo acerca das Crenças e atitudes dos enfermeiros na abordagem do cuidado à família, como parte integrante nos cuidados de enfermagem, cujo objetivo principal é identificar as crenças e avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à família, como centro de cuidados.

O presente questionário servirá de suporte ao trabalho de investigação e tem como objetivo conhecer as atitudes e crenças dos enfermeiros em relação aos cuidados à família, como centro de cuidados. Dado as transformações socioculturais constantes na população portuguesa, devido ao grande fluxo de migração associado à procura de uma qualidade de vida melhor, cada vez mais os enfermeiros têm de ser mais abertos aos diferentes tipos de familiar e as transições que cada uma acarreta (Alcatrão, 2022; Parlamento Europeu, 2024).

A necessidade de desenvolver conhecimentos científicos dos mais diversos níveis da área da saúde é cada vez mais prevalente, para ocorrer a evolução dos cuidados, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Desta forma, a sua participação neste estudo é deveras importante e consiste no preenchimento de um questionário estruturado em três partes, sendo que na primeira parte constam os dados sociodemográficos e profissionais, na segunda parte é aplicada a Escala “A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros” (Benzein et al., 2008, traduzida e validada por Oliveira et al., 2011) e na terceira serão realizadas questões abertas acerca das crenças.

Os dados recolhidos permitirão caracterizar as crenças e atitudes dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários das USF e UCSP da ULS-BM.

Este questionário é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais vão ser trabalhadas apenas pela investigadora. Pode desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer consequência ou prejuízo.

Os questionários serão conservados até entrega do trabalho, sendo posteriormente destruídos.

Para que seja salvaguardada a validade do mesmo, é pedido que não deixe nenhuma questão por responder. Em caso de dúvidas não hesitem a enviar e-mail para 5240065@my.ipleiria.pt.

☐ Declaro ter compreendido os objetivos do projeto de investigação, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto, estar esclarecido completamente esclarecido acerca da presente investigação e ter tido tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

☐ AUTORIZO ☐ NÃO AUTORIZO, participar neste estudo, tomando a minha decisão de forma inteiramente livre, realizando o questionário de forma livre e voluntaria, onde será garantido o meu anonimato, confiando em que apenas serão utilizados para a presente investigação.

Assinatura:

Data:

A investigadora: Ana Patrícia Gil Rocha

Anexos

**Anexo I - Autorização Com Parecer Dos Autores Originais Da Escala
“Importância Das Famílias Nos Cuidados De Enfermagem – Atitudes Dos
Enfermeiros” Para A Sua Utilização No Estudo**



(sem assunto)

Kristofer Årestedt <kristofer.arestedt@lnu.se>

Para: "anarocha.fig@gmail.com" <anarocha.fig@gmail.com>

Cc: Britt-Inger Saveman <britt-inger.saveman@umu.se>, Eva Benzein <eva.benzein@gmail.com>

Dear Ana

Thank you for your interest using FINC-NA in your master thesis. You have the permission to use the instrument. Which language version will you use?

Kind regards,

Kristofer Årestedt

Kristofer Årestedt

Professor and Director of Research Education in Health Science

Research leader for ICARE and HOME

Faculty of Health and Life Sciences

Linnaeus University

Norra Kajplan 6

SE-391 82 Kalmar

Sweden

Phone: +46 (0)480 446325

Cell phone: +46 (0)70 3426325

E-mail: kristofer.arestedt@lnu.se

**ANEXO II - Autorização Com Parecer Dos Autores Da Versão Portuguesa
Da Escala “Importância Das Famílias Nos Cuidados De Enfermagem –
Atitudes Dos Enfermeiros” Para A Sua Utilização No Estudo**



Ana Rocha <anarocha.fig@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização de escala IFCE-AE

palmiraoliveira@esenf.pt <palmiraoliveira@esenf.pt>
Para: Ana Rocha <anarocha.fig@gmail.com>

26 de junho de 2025 às 11:10

Estimada, Sr.ª Enfª Ana Rocha

O grupo de investigação autoriza a utilização da versão portuguesa por nós traduzida e validada, exclusivamente para fins da sua investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar.
Contudo, aconselhamos que seja simultaneamente pedida autorização aos autores originais do instrumento IFCE - AE, embora deva tomar essa decisão com os seus orientadores do projeto de investigação!

Votos de muito sucesso!

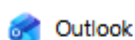
Com os melhores cumprimentos,

Profª Palmira Oliveira
[Citação ocultada]

Anexo III - Parecer Favorável do Enfermeiro Diretor da ULS

05/11/25, 10:48

Correio – Ana Patrícia Rocha – Outlook



RE: Autorização para realização do estudo

De Secretariado Enf. Diretor | ULSBM <secretariado.enf.diretor@ulsbm.min-saude.pt>

Data qua, 05/11/2025 10:44

Para Ana Patrícia Rocha <fu2858@ulsbm.min-saude.pt>

Ex.ma Senhora,

Encarrega-me o Senhor Enfermeiro Diretor Rui Miguel, de Informar V. Exa, que está autorizado o pedido para a realização do projeto de Investigação "Crenças e Atitudes dos Enfermeiros dos cuidados saúde primários, sobre cuidados centrados na família" nas USF e UCSP's englobadas na ULS-BM.

Com os melhores cumprimentos,

Helena Parracho

Secretariado do Enfermeiro Diretor



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO MONDEGO | LOCAL HEALTH UNIT OF BAIXO MONDEGO

Gala - S. Pedro

3094-001 - Figueira da Foz | Portugal

TEL: 4351 233 402 133

www.ulsbm.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Anexo IV- Parecer Favorável da Comissão de Ética da ULS

DECLARAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DE ESTUDOS CLÍNICOS

Título: "Conhecer as atitudes e crenças dos enfermeiros sobre os cuidados centrados na família em contexto de cuidados de saúde primários (ou comunitários)"

Referência CIC2Fs: 16.OBS.2025

Tipo de Estudo: Observacional, Questionários

Equipa de investigação: Enf.ª Ana Rocha

Dr. Pedro Simões
Vogal do Conselho de Administração

Dr.ª Sónia Campelo Pereira
Diretora Clínica
Cuidados Hospitalares

Dr.ª Sónia Monteiro
Diretora Clínica
Cuidados de Saúde Primários

Enfermeiro Rui Miguel Cruz
Enfermeiro Diretor

O estudo clínico em referência foi submetido ao CIC2Fs, obteve parecer favorável da Comissão de Ética no dia 12/11/2025 conforme a ata, em anexo.

Não foi solicitado parecer ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD), uma vez que a recolha e o tratamento dos dados inerentes ao presente estudo serão realizados de forma totalmente anonimizada. De acordo com pareceres anteriores emitidos pelo EPD, situações em que os dados não permitem a identificação dos participantes dispensam o preenchimento do formulário I.EI-RGPD.04.1, em conformidade com o disposto no Considerando 26 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.

O CIC2Fs solicita a autorização do CA para a realização do estudo supramencionado, por estar em conformidade com a legislação, regulamentação e procedimentos internos aplicáveis.

Centro de Investigação Clínica
CIC2Fs

João Pais

18 de Dezembro de 2025