

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM – CUIDADOS DE  
SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF**

Rute Isabel Simões Pereira

Leiria, 26 de março de 2024

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM – CUIDADOS DE  
SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE USF**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Rute Isabel Simões Pereira, nº 5220238

**Unidade Curricular:** Estágio de Natureza Profissional, em Enfermagem de Cuidados de  
Saúde à Família em Contexto de USF/UCSP, com Relatório Final

**Docente Orientador:** Prof<sup>ª</sup> Dra. Eva Menino

Leiria, 26 de março de 2024

*“Ir, e pôr o coração em tudo o que somos e em tudo o que fazemos, é um grande ato de coragem. Perdi a conta de quantas vezes chorei*

*De alegria,*

*De tristeza,*

*De medo,*

*De gratidão*

*Pela minha coragem de conseguir realizar sonhos neste processo.”*

(Fernandes, 2023)

## AGRADECIMENTOS

Quero deixar os meus sinceros agradecimentos à Professora Doutora Eva Menino, por todo o apoio, disponibilidade e aconselhamento ao longo deste ciclo.

À enfermeira Tânia Jordão, por me acompanhares neste percurso. O teu apoio e ajuda foi essencial, nunca me esquecerei das tuas sábias palavras.

Às minhas colegas de mestrado, grata por fazerem parte deste meu percurso. Foi um gosto e um prazer partilhá-lo com vocês.

Ao meu namorado João, por sempre me encorajares a lutar pelos meus objetivos. Obrigada por remares comigo neste caminho e por acreditares em mim!

Às minhas lindas amigas, Mariana e Luzia, por estarem sempre disponíveis para me escutar em qualquer momento, principalmente nas horas de maior aperto, o vosso apoio foi incansável. Obrigada por transmitirem sempre as palavras certas, nas horas certas.

Um obrigada especial aos meus pais e irmãos.

Obrigada a todos os que fizeram parte deste meu caminho traçado!

## RESUMO

**Enquadramento:** Os cuidados de saúde têm sofrido evoluções ao longo do tempo, sobretudo os cuidados de enfermagem de saúde familiar. Os modelos teóricos suportam esta mudança de paradigma, bem como a sua consolidação com a prática clínica. É essencial olharmos para a família como um todo, em interação interna e com o meio envolvente. Qualquer alteração numa das partes do sistema familiar, afetará as restantes partes. O enfermeiro de família acompanha os sistemas familiares ao longo de todo ciclo vital, seguindo as suas transições. As transições normativas fazem parte do desenvolvimento do sistema, enquanto as acidentais surgem de forma inesperada, colocando o equilíbrio da família à prova. As crises acidentais ocorrem de diversas formas, nomeadamente o aparecimento de uma doença crónica. O diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) traz consigo inúmeros desafios, a família necessita de adaptar a sua dinâmica às necessidades exigidas pela doença. Diariamente, os pais são confrontados com várias dificuldades, desde as perturbações do neurodesenvolvimento, sono e alimentação até aos episódios de ataques. O papel do enfermeiro pode ser muito importante, no processo de aceitação e adaptação da família a este novo desafio.

O relatório apresenta uma contextualização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), especialmente da USF B e do seu respetivo concelho. Os modelos teóricos serviram de orientação para o desenvolvimento do relatório, bem como para a prática clínica desenvolvida no estágio. Através da prática baseada na evidência, foi elaborada uma investigação, permitindo consolidar a parte teórica com a prática.

**Objetivo:** Contextualizar os CSP, principalmente a unidade familiar onde foi realizado o Ensino Clínico (EC). Apresentar o desenvolvimento de competências comuns e específicas da Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, nomeadamente nas famílias em contexto de vulnerabilidade. Evidenciar o foco numa prática baseada na evidência, através do desenvolvimento de um projeto de investigação.

**Metodologia:** O desenvolvimento de competências comuns e específicas, através de uma análise crítico-reflexiva sobre as práticas desenvolvidas durante este percurso académico. O estágio de enfermagem foi realizado na USF B, inserida no concelho B. A análise da população deste concelho, bem como os cuidados de enfermagem implementados, são analisados por meio de indicadores disponibilizados pela unidade familiar e pelos valores estatísticos divulgados. A investigação: “Crianças e adolescentes com Perturbação do

Espectro do Autismo: coesão e adaptabilidade familiar”, surgiu no âmbito da componente prática baseada na evidência. Este projeto permite analisar os níveis de coesão e adaptabilidade destas famílias vulneráveis, através da aplicação de um questionário sociodemográfico e a Escala das FACES III, respeitando as considerações éticas.

**Resultados:** No relatório emergem os resultados obtidos no percurso de desenvolvimento de competências gerais e específicas da enfermagem familiar. Relativamente ao projeto de investigação, as famílias participantes apresentam níveis equilibrados de funcionamento, sendo classificadas como ligadas (coesão) e estruturadas (adaptabilidade).

**Conclusões:** O presente relatório expôs o percurso realizado ao longo do percurso académico, através do desenvolvimento dos objetivos propostos. No que concerne à investigação, os resultados obtidos foram ao encontro de outros projetos. No entanto, há vários fatores que influenciam as experiências e o impacto desta doença no sistema familiar. O enfermeiro de família desempenha um papel importante nas transições de vida das famílias, através do seu apoio, facilita a mudança e promove a saúde.

**Palavras-Chave:** enfermeiro, família, cuidados de enfermagem, Perturbação do Espectro do Autismo, coesão e adaptabilidade.

## ABSTRACT

**Background:** Health care has undergone evolution over time, especially family health nursing care. Theoretical models support this paradigm shift, as well as its consolidation with clinical practice. It is essential to look at the family, in internal interaction and with the surrounding environment. Any change in one of the parts of the family system will affect the other parts. The family nurse follows the family systems throughout the entire life cycle, following their transitions. Normative transitions are part of the development of the system, while accidental transitions arise unexpectedly, putting the balance of the family to the test. Accidental crises occur in various ways, namely the appearance of a chronic disease. The diagnosis of Autism Spectrum Disorder (AEP) brings with it numerous challenges, the family needs to adapt its dynamics to the needs required by the disease. Every day, parents are faced with various difficulties, from neurodevelopmental disorders, sleep and feeding to episodes of attacks. The nurse's role can be very important in the process of acceptance and adaptation of the family to this new challenge.

This report presents a contextualization of Primary Health Care Center, USF type B and its respective county. The theoretical models served as guidance for the development of this report, as well as for the clinical practice developed during the traineeship. Through evidence-based practice, an investigation was elaborated, allowing to consolidate the theoretical part with practice.

**Objective:** To contextualize the Primary Health Care Center especially the family unit where the traineeship was carried out. To present the development of common and specific competences of Community Nursing in the Area of Family Health, namely in families in a context of vulnerability. Highlighting the focus on an evidence-based practice, through the development of this research project.

**Methodology:** The development of common and specific skills, through a critical-reflective analysis of the practices developed during this academic path. The nursing traineeship was carried out at USF type B, inserted in county B. The analysis of the population of this county, as well as the nursing care implemented, are analyzed by means of indicators made available by the family unit and the statistical values disclosed. The research: "Children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: family cohesion and adaptability", emerged within the scope of the evidence-based practical component. This project allows us to analyze the levels of cohesion and adaptability of these vulnerable

families, through the application of a sociodemographic questionnaire and the FACES III Scale, respecting ethical considerations.

**Results:** This report shows the results obtained during development of general and specific competences of family nursing. Regarding the research project, the participating families have balanced levels of functioning, being classified as linked (cohesion) and structured (adaptability).

**Conclusions:** This report set out the path taken along the academic path, through the development of the proposed objectives. Regarding the investigation, the results obtained were in line with other projects. However, there are several factors that influence the experiences and impact of this disease on the family system. The family nurse plays an important role in the life transitions of families, through her support, facilitates change and promotes health.

**Keywords:** nurses, family, nursing care, Autism Spectrum Disorder, cohesion e adaptation.

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CRIO - Centro de Reabilitação e Integração Ouriense

CRIF - Centro de Reabilitação e Integração de Fátima

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes Mellitus

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Saúde Familiar

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

HTA – Hipertensão Arterial

IDE - Índice de Desempenho da Equipa Multiprofissional

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEA – Perturbação do Espetro do Autismo

PNV – Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULS RL – Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS .....	XIII
ÍNDICE DE TABELAS .....	XIV
INTRODUÇÃO .....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	18
1.1. CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	18
1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF .....	19
1.2.1. Missão, Visão e Valores.....	20
1.2.2. Modelo de Funcionamento da USF.....	20
1.2.3. Recursos Humanos na USF.....	20
1.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	21
1.3.1. Programas da Carteira de Serviços da USF B .....	22
1.3.2. Consulta de Enfermagem no Domicílio .....	23
1.4. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....	23
1.4.1. Caraterização das Famílias do Concelho B .....	23
1.4.2. Caraterização da População da USF B.....	26
1.4.3. Caraterização dos Utentes do Polo 2.....	27
2. REVISÃO DA LITERATURA - FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA SISTÉMICA... 31	
2.1. TEORIA GERAL DOS SISTEMAS.....	31
2.2. TEORIA DA CIBERNÉTICA .....	32
2.3. TEORIA DA COMUNICAÇÃO .....	34
2.4. TEORIA DA MUDANÇA.....	34
2.5. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA.....	35
2.6. MODELO CIRCUMPLEXO DE OLSON .....	39
2.7. TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA FAMÍLIA .....	43
2.8. FAMÍLIAS COM CRIANÇAS OU ADOLESCENTES AUTISTAS.....	44

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	49
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	49
3.1.1. Responsabilidade Ética e Deontológica .....	49
3.1.2. Melhoria da Qualidade .....	50
3.1.3. Gestão de Cuidados .....	50
3.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	51
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR.....	51
3.2.1. Cuida da família enquanto unidade de cuidados .....	52
3.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção familiar.....	54
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	56
4.1. INTRODUÇÃO .....	56
4.2. ENQUADRAMENTO .....	57
4.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	60
4.4. METODOLOGIA .....	60
4.5. RESULTADOS.....	62
4.6. DISCUSSÃO.....	65
4.7. CONCLUSÃO .....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72
APÊNDICES.....	78
APÊNDICE I – PROCESSO DE ENFERMAGEM	
APÊNDICE II – PLANO DE FORMAÇÃO	
APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO: “CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PEA: DINÂMICA FAMILIAR	
ANEXOS.....	163

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DAS FACES III

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Utentes inscritos na USF por grupo etário e género em outubro de 2023 .</b>	<b>26</b>
<b>Figura 2 - Modelo Circumplexo de Olson .....</b>	<b>41</b>
<b>Figura 3 - Classificação das famílias em estudo, segundo o Modelo Circumplexo de Olson.....</b>	<b>64</b>
<b>Figura 4 – Resultado da caracterização das famílias em estudo, segundo o Modelo Circumplexo de Olson.....</b>	<b>65</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1- N° de elementos do agregado familiar e o n° de filhos das famílias em estudo</b> .....	<b>63</b>
<b>Tabela 2- Análise descritiva das dimensões de coesão e adaptabilidade familiar</b> .....	<b>63</b>
<b>Tabela 3 - Média ponderada para as dimensões de coesão e adaptabilidade familiar</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Ensino Clínico (EC) III da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final”, integrado no 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), do Instituto Politécnico de Leiria.

O EC foi realizado num Polo de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS RL). O estágio teve a supervisão da Professora Doutora Eva Menino e como supervisora clínica a Enfermeira Mestre Tânia Jordão. Ao longo do relatório, a USF será denominada como USF B e o Polo como Polo 2, para assegurar a confidencialidade de dados e preservação da privacidade da unidade familiar.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar (EEECSF) presta cuidados à família, enquanto unidade. A sua prática é baseada na evidência científica e prática. A Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou um conjunto de competências específicas desta especialidade, características do seu grupo-alvo, bem como do contexto onde ocorre a prestação de cuidados (Diário da República, 2018).

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o enfermeiro de família acompanha as famílias ao longo de todo o ciclo vital. Este acompanhamento possibilita uma grande proximidade entre o enfermeiro e a família, permitindo o acompanhamento nas diversas transições de vida, sejam elas desenvolvimentais, situacionais, organizacionais ou até mesmo nas mudanças do estado de saúde para doença (Meleis, 2010).

A família é constituída por um conjunto de pessoas, com ligações afetivas entre si. Estão unidas por um sentimento de pertença, envolvendo-se na vida uns dos outros. Todos os sistemas familiares são caracterizados pelas suas capacidades e dinâmicas. A saúde familiar é influenciada pela sua história enquanto família, assim como pela cultura, costumes e valores (IFNA, 2015).

Atualmente, a prestação de cuidados à família está integrada numa perspetiva sistémica. Vários teóricos promoveram esta mudança de paradigma, com o desenvolvimento da Teoria Geral dos Sistemas, do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), do Modelo Circumplexo de Sistemas Conjugais e Familiares, da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, entre muitos outros que permitiram esta evolução nos cuidados. Nos CSP, é importante os enfermeiros entenderem de forma

aprofundada a prestação de cuidados exercida ao longo do ciclo vital da família, para que possam reconhecer a unidade familiar, como principal alvo dos seus cuidados (Figueiredo, 2020).

Na minha prática clínica surgiram algumas famílias com filhos portadores de PEA. Estes sistemas apresentam-se mais vulneráveis, exigindo cuidados de enfermagem mais específicos e complexos. Esta transição de saúde-doença traz consigo inúmeros desafios, nomeadamente a adaptação da família à doença. Enquanto enfermeira de família, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre a PEA, assim como analisar as dinâmicas destes sistemas familiares. Posto isto, surgiu o projeto de investigação: “Crianças e adolescentes com Perturbação do Espetro do Autismo: coesão e adaptabilidade familiar”.

A elaboração deste relatório pretende ser crítico-reflexivo, assim como descrever os conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo do Mestrado de Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar, consolidadas com as aprendizagens desenvolvidas através do ensino escolar, contexto clínico e investigação. Este relatório tem definido como objetivos específicos:

- Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar.
- Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência.
- Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva.
- Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos:

- 1º capítulo: apresenta uma breve contextualização das diferentes gerações de Centros de Saúde (CS) até à época atual. Caracterização da USF, assim como o modelo de funcionamento, os programas de carteira de serviços, caracterização da população da USF e do Polo.
- 2º capítulo: desenvolve o conceito de família sob uma perspetiva sistémica, através da apresentação de várias teorias. O relatório apresentado foi sustentado nas teorias citadas.

- 3º capítulo: reflexão e descrição sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar, desenvolvidas durante o EC III e no projeto de investigação.

- 4º capítulo: componente prática especializada baseada na evidência, através da realização do projeto de investigação: “Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA): coesão e adaptabilidade familiar”.

Por fim, o relatório termina com uma breve conclusão. Esta pretende sintetizar todos os conhecimentos aprendidos, assim como as dificuldades sentidas.

A elaboração deste relatório, teve presente o guia de elaboração de trabalhos produzido em 2018 pela ESSLei, do Instituto Politécnico de Leiria.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 1.1. CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nos anos 70, surgiu a primeira geração de Centros de Saúde (CS). Nesta época, o Estado tinha a responsabilidade de promover a saúde e prevenir a doença aos trabalhadores da indústria e do comércio. A partir desta geração, os cuidados de saúde começaram a ser realizados também à restante população, pelos médicos de saúde pública ou pelos hospitais. A enfermagem de saúde pública estava associada aos cuidados domiciliares e à vacinação (Melo, 2021).

Em 1979 formou-se a segunda geração de CS. Esta geração ficou conhecida pela criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo caracterizado como um serviço de saúde nacional, geral e gratuito. Nos anos 80, é criada a carreira médica de clínica geral e os médicos começam a prestar cuidados aos utentes do SNS. Foram desenvolvidos alguns projetos que revelaram mais satisfação nos profissionais e nos utentes, tendo sido precursores da próxima geração de CS (Melo, 2021).

Em 1999, foi publicado o Decreto-Lei nº157/99 de 10 de maio, que deu início à terceira geração. Este decreto descreve os CSP como multidisciplinares, considerando a pessoa como o centro dos cuidados. O decreto descreve a constituição da USF, bem como a sua importância, caracterizando como unidades de prestação de cuidados para determinada população, sob a inscrição em listas de utentes. Estas unidades deveriam ser compostas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, prestando cuidados às famílias inscritas nas listas (PGDL, 1999).

Em 2005 surgiu uma missão, designada Missão para os Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de modernizar e estruturar os CSP. Nesta reforma, formou-se os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), assim como a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) (Melo, 2021).

Atualmente, as USF são compostas por uma equipa de médicos Especialistas em Medicina Geral e Familiar, enfermeiros e secretários clínicos. Cada equipa é responsável por uma lista de utentes, a dimensão mínima é de 1917 unidades ponderadas (média de 1550 utentes). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), os enfermeiros que exercem funções nas USF, têm de conter a especialidade em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar

(Ordem dos Enfermeiros, 2019). Contudo, esta especialidade ainda é recente, em comparação a outras especialidades. Posto isto, ainda existem poucos enfermeiros com este título, tornando ainda difícil a implementação desta medida nas USF.

As USF têm um projeto de desenvolvimento organizacional, sendo estas diferenciadas pelos modelos adotados. Existem três tipos de modelos: A, B e C. Os modelos diferem entre si pelos distintos níveis de autonomia, assim como da partilha de risco e recompensa retributiva (Ministério da Saúde, 2007). O Decreto-Lei nº103/2023 surgiu em 2023, referindo a transição das USF modelo A para modelo B em 2024. Estas transições irão decorrer sem qualquer tipo de prejuízo para as USF modelo B (Diário da República, 2023).

Em 2024, deu-se início a uma nova geração de cuidados de saúde. Foi implementado em Portugal continental várias Unidades Locais de Saúde (ULS). Estas unidades de saúde já existiam em algumas zonas do país. As ULS são constituídas pelos ACES e pelos hospitais, têm como objetivo melhorar as respostas do SNS (Diário da República, 2023).

O aumento do índice de envelhecimento, assim como a incidência de doenças, exige mais cuidados de saúde. A implementação das ULS visa atingir estas necessidades da população, através da articulação dos profissionais de saúde e, assim, facilitar os processos na prestação de cuidados. Permite a integração da população, das sociedades, dos profissionais e das autarquias. As unidades de saúde acompanham e avaliam os cuidados de saúde, com o objetivo de melhorar o acesso e eficiência do SNS (Diário da República, 2023).

## 1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF

A USF B pertencia ao ACES Pinhal Litoral até dezembro de 2023. Este ACES integrava geograficamente a área de Alvaiázere, Ansião, Batalha, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Leiria, Marinha Grande, Pedrogão Grande, Pombal e Porto de Mós (Fonseca, et al., 2022).

Em 2024, a USF B foi integrada na Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULS RL), bem como o ACES Pinhal Litoral, o Centro Hospitalar de Leiria, o Centro de Saúde de Alcobaca, de Fátima, de Nazaré e de Ourém.

A USF tem 15 627 utentes inscritos e é uma unidade modelo B desde 2018. A unidade é autónoma na sua organização e no funcionamento, visando a prestação de cuidados de saúde aos utentes inscritos (USF, 2022). É composta por uma hierarquia pré-estabelecida que inclui

três grupos de profissionais (médico, enfermeiro e secretário clínico). Cada um dos profissionais tem o direito de votar em todas as questões relacionadas com a USF, no seio do seu Conselho Geral. Todos os anos é realizada a eleição de um Coordenador que cumpre um mandato de um ano (USF, 2022).

O Conselho Técnico é responsável pela parte técnico-científica e é constituído por médico, enfermeiro e secretário clínico. “Esta forma de organização permite manter uma proximidade essencial para o bom funcionamento da USF e um saudável relacionamento entre todos os elementos” (USF, 2022, p. 6).

A USF B localiza-se no concelho da B e é constituída por três polos: Polo 1 (Sede), Polo 2 e Polo 3. Cada um dos polos está inserido numa freguesia diferente.

### 1.2.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES

A missão da USF B é prestar cuidados de saúde de forma atempada, com o objetivo de elevar a satisfação dos utentes e dos profissionais, através da realização de cuidados de saúde de qualidade, atendendo à investigação e formação contínua.

Os valores que caracterizam a USF são: a equidade, a acessibilidade, a qualidade, a partilha, a responsabilidade, a excelência, a transparência e a lealdade (USF, 2022).

### 1.2.2. MODELO DE FUNCIONAMENTO DA USF

A USF funciona das 08:00 às 20:00 horas nos dias úteis. Aos sábados funciona apenas o Polo 1 das 09:00 às 13 horas. Os Polos têm exposto o seu horário de funcionamento no *hall* de entrada, assim como a programação das consultas (p. ex. consulta do adulto, consulta de planeamento familiar, consulta de saúde infantil entre outras), consultas para situações agudas, consultas de intersubstituição e consultas ao domicílio.

Perante situações agudas, os polos dão resposta aos utentes com necessidade de consulta no próprio dia. O contato pode ser realizado presencialmente, por via e-mail ou telefónica. É disponibilizado um conjunto de serviços perante o horário de funcionamento da USF, incluindo consultas programadas tanto em horário pré como pós-laboral (USF, 2022).

### 1.2.3. RECURSOS HUMANOS NA USF

Esta unidade é constituída por nove médicos, nove enfermeiros e oito secretários clínicos. Nos Polos, estão inscritos utentes residentes nas freguesias das extensões, bem como não residentes. Esta situação pode surgir devido à preferência por determinado médico de família ou outras razões, acrescendo a necessidade de serem fundamentadas. Embora seja dada esta

possibilidade, os cuidados domiciliários são realizados apenas aos utentes residentes no concelho e inscritos na unidade. Aos utentes com residência exterior ao concelho, terão de ser oferecidas outras condições, como pedir apoio a outras unidades (USF, 2022).

A unidade é constituída por várias equipas nucleares e cada equipa é composta por um médico, enfermeiro e secretário, que dá resposta a um ficheiro de utentes personalizado. As equipas pretendem a continuidade de cuidados de saúde, acompanhando grupos de risco como os hipertensos, diabéticos, crianças, grávidas entre outros. Por vezes, é necessária coordenação com os cuidados secundários, através da referenciação em Rede (USF, 2022).

Quando há ausência dos profissionais de saúde nos Polos, os utentes têm de se deslocar à Sede (Polo 1). A consulta de intersubstituição é utilizada quando há ausência dos enfermeiros e dos médicos, tendo como objetivo dar resposta aos casos de agravamento da doença crónica, situações agudas ou doenças súbitas. Esta consulta é organizada através da realização prévia de uma escala. Em situações de urgência, emergência ou acidente o encaminhamento é realizado para o serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria. O transporte para o serviço de urgência é realizado por ambulância ou viatura própria, dependendo das situações.

Todas as semanas, as equipas reúnem-se para realizar uma reunião de serviço que visa a formação dos profissionais, discussão de situações entre outras questões.

### 1.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem é uma consulta autónoma e é programada ou não. Pode ser realizada de forma presencial, por via email, chamada telefónica ou correio eletrónico. Na fase da pandemia, realizaram-se algumas consultas por teleconsulta, mas, atualmente, só se realizam em situações excecionais. As consultas de enfermagem têm como objetivo atender às necessidades dos utentes, garantindo a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O enfermeiro realiza o processo clínico durante a consulta. O processo clínico é um método científico adotado pelo profissional de enfermagem, para implementação da sua prática através da colheita de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação de intervenções de enfermagem e a avaliação de resultados. Sempre que seja necessário, deverá ser realizada a reformulação do planeamento (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

### 1.3.1. PROGRAMAS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USF B

A USF é uma unidade com autonomia funcional e técnica, garantindo aos utentes inscritos uma carteira básica de serviços (USF-AN, 2018). Segundo a Portaria nº1368/2007, é obrigatório todas as USF terem uma carteira básica de serviços. Esta carteira é constituída pelos cuidados essenciais para a prática da medicina geral e familiar e da enfermagem (Diário da República , 2007).

A USF B tem como programas para a saúde a promoção da saúde, a prevenção da doença e a vigilância nas diversas fases de vida. Nesta unidade realizam Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, Consulta de Saúde do Adulto, Consulta de Planeamento Familiar, Consulta de Saúde Materna e Puerpério, Consulta de Saúde das Pessoas Idosas, Consulta de Saúde da Família, Consulta de vigilância de Diabetes e de Hipertensão, Tratamento de Feridas/ Úlceras, Rastreio do Cancro do Colorretal e Rastreio do Cancro do Colo do Útero.

A Consulta de Enfermagem de Saúde Pré-concepcional é realizada às mulheres em idade fértil ou ao casal. O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar descreve um conjunto de cuidados de saúde, como o planeamento da gravidez, a vida sexual, a infertilidade e a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Este programa tem também como objetivo atuar de forma precoce no diagnóstico de cancro da mama, do colo do útero e dos testículos, no caso dos homens. Esta consulta é frequentada maioritariamente por mulheres (Melo, 2021).

A Consulta de Enfermagem de Saúde Materna é realizada para manter a vigilância da mulher com gravidez de baixo risco. As mulheres com gravidez de alto risco são acompanhadas no hospital. O acompanhamento surge desde a fase de conceção até ao pós-parto, incluindo também o recém-nascido. A Consulta de Puerpério deve realizar-se entre a quarta e a sexta semana, após o parto. O puerpério começa a seguir ao nascimento do recém-nascido, prolongando-se durante 6 semanas. Este período é caracterizado pelo tempo de recuperação física e psicológica da mãe (Melo, 2021).

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil acompanha a criança desde o nascimento até que complete os 18 anos. Nos primeiros três anos de vida realizam-se mais consultas e, posteriormente, o número de consultas vai reduzindo. Durante as consultas são avaliadas várias dimensões que vão sofrendo alterações com o avançar da idade.

A Consulta de Enfermagem de Saúde do Adulto realiza-se a partir dos 18 anos até aos 64 anos e a Consulta de Enfermagem de Saúde do Idoso realiza-se a partir dos 65 anos.

Na Consulta de Enfermagem de vigilância da Diabetes e da Hipertensão faz-se o acompanhamento dos utentes com estas patologias. Deve ser realizada pelo menos uma consulta por ano.

Como carteira adicional de serviços, a USF B presta cuidados todos os sábados das 9h00 às 13h00 na Sede (Polo 1).

### 1.3.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

A visita domiciliária consiste em prestar cuidados no domicílio a utentes com alteração do seu estado de saúde ou como atividade preventiva associada aos programas de saúde. Na USF B, os cuidados domiciliários são maioritariamente prestados a idosos dependentes e são realizados pelo médico e/ ou enfermeiro. Em 2023, o Polo 2 realizou 544 visitas domiciliárias, das quais 402 foram cuidados prestados a idosos, 14 a recém-nascidos até ao 15º dia e 14 a puérperas (BI-CSP, 2023).

Os pedidos para as visitas podem ser realizados pelo próprio utente, familiar ou outro prestador de cuidados. O pedido pode ser formalizado por via telefónica ou presencial.

A USF B definiu um conjunto de critérios para dar prioridade na resposta. O atendimento acontece num prazo máximo de 24 horas em situações como: sequelas de AVC, doença oncológica terminal, fratura do colo e do fémur e doenças agudas incapacitantes.

A unidade tem uma escala para organizar as visitas domiciliárias de enfermagem por dias. Quando é necessário realizar visitas fora dos dias previstos, os enfermeiros coordenam as visitas domiciliárias com os restantes colegas. O agendamento das visitas para tratamento de feridas é realizado de acordo com o material utilizado e a avaliação da ferida.

O transporte para as visitas domiciliárias é assegurado pelos veículos disponibilizados pela Câmara Municipal e podem ser conduzidos pelos profissionais da unidade.

## 1.4. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

### 1.4.1. CARATERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS DO CONCELHO B

A Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner sofreu várias evoluções teóricas ao longo dos anos. Inicialmente, a teoria colocava o ambiente como o ponto essencial para compreender o desenvolvimento do indivíduo. Posteriormente, o modelo sofreu evoluções, passando a interpretar o desenvolvimento humano através de

quatro parâmetros: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo. No que concerne ao contexto, este é designado como qualquer acontecimento ou condição exterior ao organismo. O contexto pode influenciar, assim como pode ser influenciado pela pessoa em evolução (Benetti, Vieira, Crepaldi, & Schneider, 2013). O conhecimento sobre o contexto permite observar o indivíduo sob outra perspetiva e, assim, facilitar a prestação de cuidados, bem como o conhecimento dos restantes parâmetros (processo, pessoa e tempo).

Como referido anteriormente, a USF B encontra-se inserida no concelho B. Este tem 15 557 residentes e é constituído por 6.128 famílias, das quais:

- 22% das pessoas residem sozinhas;
- 33% das famílias são constituídas por 2 pessoas;
- 45% das famílias são constituídas por 3 ou mais pessoas (PORDATA, 2021).

O número de residentes no concelho é inferior ao número de inscritos na USF B (15 627), dada à possibilidade da unidade, em inscrever utentes não residentes no concelho, como mencionado anteriormente.

O agregado familiar é caracterizado pelo número de indivíduos que vivem em conjunto, utilizando os mesmos recursos económicos (Diário da República, 2010). Na zona Centro, os agregados são constituídos em média, por 2,7 elementos. Em 1992, os agregados tinham uma média de 4 elementos (PORDATA, 2021). Atualmente, as famílias são constituídas por menos elementos e a zona Centro é a área com mais pessoas idosas a residirem sozinhas (PORDATA, 2022).

As famílias monoparentais são famílias constituídas por um dos progenitores e um ou mais filhos. Em 1992, a zona Centro tinha 8% de famílias monoparentais. Atualmente, este valor subiu para o dobro (16%). Este aumento de famílias monoparentais pode estar relacionado com vários fatores, nomeadamente o aumento de divórcios e da emigração (PORDATA, 2021). Em 1984, havia 5,7 divórcios por cada 100 casamentos no concelho B e, atualmente, a percentagem subiu para 25,3 divórcios. Em 1960, por cada mil habitantes, 3,6 portugueses foram viver para o estrangeiro. Atualmente, os valores quase duplicaram (6,9). Por outro lado, a taxa de imigração triplicou, em 2008 havia cerca de 20 mil estrangeiros a residir em Portugal e, atualmente há cerca de 60 mil (PORDATA, 2022).

Neste concelho, a taxa de emprego tem-se mantido muito semelhante ao longo dos anos, 53% em cada 100 pessoas com 15 ou mais anos trabalham. Este valor inclui também a

população estudante e reformada, não sendo possível obter uma taxa isolada destes dois grupos. Há a salientar a percentagem de mulheres a trabalhar que subiu de 9,7% para 49,9% e dos homens com uma descida de 99,1% para 57,4% desde 1960 para 2021 (PORDATA, 2021).

A taxa bruta de Natalidade é o número de nados-vivos durante um período (habitualmente um ano civil), expressa por 1.000 habitantes. No concelho da USF B, a taxa bruta de Natalidade é de 7,2 por 1.000 habitantes. Em 1981, o valor era de 16 por 1.000 habitantes, ou seja, anteriormente o número de nascimentos era o dobro do valor atual. Na Região Centro, as mulheres são mães pela primeira vez, em média, aos 31 anos. Em 1990 os valores eram um pouco inferiores, em média, as mulheres eram mães pela primeira vez aos 24 anos (PORDATA, 2022). Consequentemente, ser mãe mais tarde poderá ter influência na diminuição da taxa de Natalidade.

A taxa bruta de Mortalidade Infantil é o número de crianças que morrem antes de completar um ano de idade, por cada 1.000 crianças que nasceram com vida. Em Portugal, a taxa de Mortalidade Infantil é de 2,6‰. Este valor sofreu uma grande diminuição em relação ao ano de 1960, no qual a percentagem era de 77,5‰. No Pordata, apenas está disponível a informação no território nacional (PORDATA, 2022).

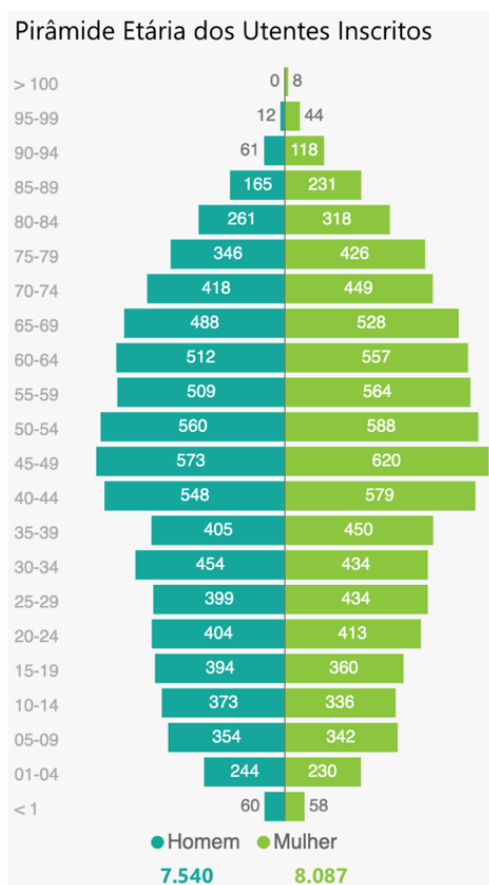
A taxa bruta de Mortalidade corresponde ao número de óbitos durante um período, (habitualmente um ano civil), expressa por 1.000 habitantes. Em 1960, a taxa bruta de Mortalidade no concelho B era de 8,5 por 1.000 habitantes. Em 2019, a taxa apresentava um valor mais baixo (8,2‰). No final desse ano surgiu a Pandemia Covid-19 e, estima-se que o primeiro caso em Portugal ocorreu em 2020 (SNS, 2020). Em 2022, a taxa bruta de Mortalidade sofreu um aumento em Portugal, devido ao número de mortes que ocorreram por infeção SARS-CoV2. No concelho B, houve um aumento de 2,5 mortes por 1.000 habitantes, com uma percentagem total de 10,6‰ (PORDATA, 2022).

O Índice de Envelhecimento é o número de indivíduos com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos. No concelho B, existem 163 idosos por cada 100 jovens, ou seja, existem mais idosos do que jovens. Em 1960, havia 20 idosos por cada 100 jovens. Estes valores são muito semelhantes à média nacional (PORDATA, 2021). Ao longo dos anos, os valores da Taxa de Natalidade têm vindo a reduzir, provocando um aumento no Índice de Envelhecimento, pois os nascimentos são muito inferiores ao número de idosos.

### 1.4.2. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA USF B

Atualmente, a USF B tem 15.627 utentes inscritos, dos quais 7.540 (48,2%) são homens e 8.087 (51,8%) são mulheres (BI-CSP, 2023).

A Pirâmide Etária representa a população por sexo e idade através de um gráfico. Na figura 1 encontra-se a Pirâmide Etária dos utentes inscritos na USF.



**Figura 1 - Utentes inscritos na USF por grupo etário e género em outubro de 2023**

Fonte: (BI-CSP, 2023)

Esta pirâmide permite analisar os seguintes dados:

- 1288 (8,2%) crianças (0 aos 9 anos);
- 1463 (9,4%) adolescentes (10 aos 19 anos);
- 3290 (21%) mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos);
- 9757 (62,5%) pessoas dos 15 aos 64 anos (população ativa);
- 3873 (24,8%) idosos (idade igual ou superior a 65 anos).

Como referido anteriormente, o concelho da USF B apresenta um elevado Índice de Envelhecimento. Após calcular o Índice de Envelhecimento dos utentes da USF B, verifiquei o seguinte: em 2023, há 193 idosos por cada 100 jovens. Este valor é muito superior ao valor total do concelho em 2021 (163 idosos por cada 100 jovens).

### 1.4.3. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO POLO 2

O ficheiro da enfermeira orientadora é composto por 737 famílias (1678 utentes). Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro de Família devia ter em média, 350 famílias ou um limite de 1.550 utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Como se pode observar, o ficheiro excede os números definidos.

Através do programa SINUS®, foi possível obter o número de elementos nos agregados familiares deste ficheiro, sendo estes constituídos por:

- um elemento: 213 (28,9%);
- dois elementos: 205 (27,8%);
- três elementos: 179 (24,3%);
- quatro elementos: 122 (16,6%);
- cinco elementos: 14 (1,9%);
- seis ou mais elementos: 4 (0,5%).

A percentagem maior corresponde às pessoas que residem sozinhas e a percentagem menor é das famílias constituídas por seis ou mais elementos.

Quando o casal decide ter filhos é uma decisão muito importante na sua vida e na vida familiar, ficando esta marcada pelo processo de transição do ciclo vital do casal sem filhos para a família com filhos pequenos. Quando o casal toma a decisão de ter filhos é iniciada a consulta de Saúde Pré-concepcional. Esta consulta, assume uma grande relevância pela necessidade de explicarmos ao casal o ciclo sexual, o período fértil e qual o momento adequado para se conseguir engravidar. No Polo 2, a percentagem de consultas médicas e de enfermagem corresponde a 64%. Na USF, a percentagem é mais baixa, sendo 56% (BI-CSP, 2023). Esta baixa percentagem pode ser consequência da falta de conhecimento acerca desta consulta, utilização de consultas particulares, falta de acompanhamento entre outras razões.

Os CSP pretendem atender as necessidades da população, através da promoção da saúde e prevenção da doença, assim como no seu diagnóstico e tratamento. Estas medidas são

implementadas ao indivíduo, à família e à comunidade durante a prestação de cuidados. Perante situações de elevado risco para a saúde, os CSP desenvolvem também atividades específicas para esses contextos (INFARMED, 2003).

A adesão ao Programa Nacional de Vacinação (PNV) e o cumprimento das consultas de saúde infantil preconizadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), levam Portugal a ser um dos países com menor taxa de mortalidade infantil. Nos primeiros três anos de vida realizam-se mais consultas, pois há necessidade de maior acompanhamento do desenvolvimento infantil (Melo, 2021). No Polo 2, todas as crianças até aos 14 anos têm o PNV cumprido e a taxa de consultas de enfermagem ou médicas até aos 3 anos é de 95% (BI-CSP, 2023). No primeiro ano de vida ocorrem mais administrações de vacinas em comparação com os restantes, bem como as consultas de vigilância. Estes dois fatores têm também impacto na redução da taxa bruta de Mortalidade Infantil (Duarte, 2016). Como referido anteriormente, esta percentagem vindo a diminuir ao longo dos anos.

Segundo Miller (2000), a doença crónica é um problema de saúde com uma durabilidade superior a 6 meses, não sendo facilmente tratada ou raramente é tratada por um procedimento cirúrgico ou terapêutico. A doença num membro tem impacto em todo o sistema familiar, exigindo mudanças inesperadas nas suas funções e rotinas diárias, bem como identificar as suas necessidades e arranjar estratégias para lidarem com esta condição (Kaakinen, Coehlo, Steele, & Robinson, 2018).

O aparecimento de uma doença crónica representa uma transição saúde-doença no sistema familiar (Meleis, 2010). Em Portugal, duas das doenças crónicas mais prevalentes são a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HTA) (Reis, Reis, & Ferreira, 2020). Os enfermeiros de família realizam consultas de vigilância para acompanhar a situação de doença, analisar a sua evolução e evitar o agravamento. Por vezes, é mais fácil as pessoas aderirem ao plano terapêutico sugerido, quando o trabalho é realizado em conjunto, nomeadamente com o apoio da família nuclear (Figueiredo, 2020).

Em Portugal, 9,9% da população entre os 25 e os 74 anos sofre de DM (Reis, Reis, & Ferreira, 2020). O Polo 2 tem 157 utentes com diabetes (9%), dos quais 10 são insulino-tratados. A percentagem de utentes no Polo com a doença, está muito próxima da média do país. Em 2023, foram realizadas 154 consultas de enfermagem de vigilância a estes utentes, ou seja, 98% foram sujeitos a pelo menos uma consulta de vigilância por ano (BI-CSP, 2023)

Na consulta de vigilância de Diabetes, realiza-se a Avaliação do Risco de Úlcera no pé e a frequência desta avaliação varia consoante o risco. Quando é de baixo risco avalia-se uma vez por ano, médio risco a vigilância é semestral e alto risco a vigilância é feita mais regularmente (1 a 3 meses) (DGS, 2011). Na avaliação do risco de úlcera no pé diabético realiza-se a observação do pé, características do calçado, complicações tardias da doença, histórico de úlceras anteriores entre outros parâmetros. Cerca de 70% das úlceras no pé diabético resultam em amputação e, mais de 10% dos indivíduos com DM, têm risco de desenvolver úlceras nos pés ao longo da sua vida (Silva, Pereira, Almeida, & Venâncio, 2014).

No Polo 2, foi realizada a Avaliação do Risco de Úlcera no pé a 98% dos diabéticos, ou seja, tem sido realizada a vigilância do pé diabético a grande parte dos utentes. Há também a salientar que destes 98% nenhum deles tem úlcera ativa no pé (BI-CSP, 2023). Os cuidados de saúde adequados prestados pelos profissionais de saúde e a adesão do utente às medidas de prevenção, previnem o aparecimento de úlcera no pé diabético (Silva, Pereira, Almeida, & Venâncio, 2014).

A HTA afeta cerca de 29,1% dos portugueses inscritos nos CSP. A proporção de utentes com HTA no Polo 2 é de 29%, percentagem muito semelhante ao valor nacional. No Polo 2, foi realizada pelo menos uma avaliação do valor de tensão arterial a 86% dos utentes hipertensos (BI-CSP, 2023). A HTA aumenta o risco de doenças cardiovasculares, uma das maiores causas de morte em Portugal. O excesso de sal, a ingestão de álcool, a falta de exercício físico, o excesso de peso, a dislipidemia e a DM contribuem para o aumento do risco em sofrer de HTA (Reis, Reis, & Ferreira, 2020). O enfermeiro de família deve incentivar os estilos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico, alimentação saudável e equilibrada entre outras medidas recomendadas.

No Polo 2, 21% dos utentes sofre de obesidade e 33% têm excesso de peso. Ou seja, mais de metade dos utentes desta freguesia têm pelo menos excesso de peso. Os utentes com obesidade podem ser vigiados, a percentagem de utentes com esta consulta de vigilância corresponde a 76%. Exceto, as pessoas com menos de 14 anos, estas são seguidas em contexto hospitalar (BI-CSP, 2023). A obesidade tem diversas complicações como as doenças respiratórias, a DM, doenças cardiovasculares, doença renal, infertilidade, doença oncológica entre outras complicações. É extremamente importante atuarmos sobre esta situação, através da implementação de hábitos e estilos de vida saudáveis nos cidadãos.

O rastreio é um meio de diagnóstico utilizado para detetar doenças que não apresentam sintomas. Os meios de diagnóstico têm como objetivo diminuir a mortalidade causada por uma doença, através do diagnóstico precoce (Sociedade Portuguesa de Oncologia, 2023). Nos CSP realizam-se rastreios oncológicos para detetar cancro de mama, colorretal e colo do útero. No Polo 2 realizaram o rastreio do cancro do colo do útero a 75% das mulheres com idade entre os 25 e os 60 anos, o rastreio do cancro do colorretal foi realizado a 72% dos utentes com idade entre 50 e 75 anos e as mamografias foram realizadas a 87% das mulheres com idade entre os 50 e os 70 anos. Neste Polo, os rastreios foram realizados a grande parte dos utentes inscritos com as idades e os sexos preconizados para a realização dos mesmos. A adesão à realização dos rastreios é essencial para a deteção do cancro de forma precoce, reduzindo assim a taxa de mortalidade associada às doenças oncológicas.

Perante uma doença crónica, a família é desafiada a equilibrar as necessidades do membro doente com as necessidades de cada um dos membros individualmente, tal como de toda a família. Muitas vezes, os familiares assumem o papel de prestador de cuidados, sendo um papel contínuo e duradouro. As doenças crónicas afetam o funcionamento físico, emocional, espiritual e social da pessoa com a doença, assim como dos restantes elementos da família (Kaakinen, Coehlo, Steele, & Robinson, 2018).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA - FAMÍLIA NUMA PERSPETIVA SISTÉMICA

Ao longo do tempo têm surgido novas conceções acerca da família, permitindo demonstrar a sua importância na saúde dos indivíduos. Estes novos paradigmas possibilitam a evolução dos cuidados de saúde, nomeadamente na enfermagem. A família passou a ser muito mais do que um conjunto de pessoas com laços de sangue, matrimoniais e legais (Hanson, 2004).

Durante o meu percurso académico recorri a várias teorias, como guia orientador para elaboração do relatório, assim como da prática clínica. Estes permitiram-me desenvolver competências teórico-práticas e analisar de forma mais crítica os cuidados prestados, mudando a minha perspetiva enquanto enfermeira. Recorrer aos modelos permite também realizarmos cuidados sustentados na teoria. Acredito ser essencial mudarmos a nossa visão, para prestarmos cuidados mais especializados e complexos às famílias, enquanto unidade de cuidados e sob uma perspetiva sistémica.

Ao longo deste capítulo, serão apresentados os modelos teóricos mais utilizados para estruturação e organização do relatório e da prática clínica.

### 2.1. TEORIA GERAL DOS SISTEMAS

No século XX, surgiu a Teoria Geral dos Sistemas. Segundo esta teoria, o sistema é constituído por várias partes e “... a variação de um dos seus elementos origina variações de todos os outros elementos, implicando que a mudança num dos membros da família origine mudança nos outros membros e na estrutura interaccional do sistema.” (p. 32). Esta capacidade de adaptação é característica do princípio de globalidade (Figueiredo, 2020).

Os sistemas são caracterizados por um todo organizado, constituído por vários elementos dependentes entre si. Os membros estão envolvidos pelo meio exterior, interagindo uns com os outros e partilhando objetivos. A abertura do sistema para o exterior realiza-se através da interação com o meio, havendo influencia mútua. As interações podem surgir em diversos contextos, períodos e até relações (Figueiredo, 2020).

Os sistemas abertos têm como objetivo manter o equilíbrio homeostático e dinâmico, marcado pela instabilidade associada às relações com o exterior. Os processos de interação permitem a adaptação do sistema, mediante a informação e comunicação transmitida (Figueiredo, 2020).

A equifinalidade é outra das características dos sistemas. No que concerne a este conceito, condições semelhantes podem ser atingidas a partir de estados ou processos diferentes. Existe uma interação dinâmica entre vários fatores, não há mecanismos predefinidos. O sistema possui autonomia própria, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para obter os seus objetivos, independentemente dos estímulos exteriores. Para serem atingidos, o sistema rege-se por dois princípios: o expansionismo e o globalismo. No expansionismo, as partes são dependentes do todo. Relativamente ao globalismo, as características do todo são visíveis nas partes (Figueiredo, 2020).

O sistema familiar é uma unidade e um sistema complexo. A família é muito mais do que a soma de cada membro. Nos cuidados de enfermagem, é importante considerar o sistema familiar, como um conjunto de subsistemas (conjugal, paternal, filial e fraternal), estando inserido num suprassistema mais amplo. Os suprassistemas incluem a família alargada e a rede social do sistema. Na prestação de cuidados é necessário perceber o contexto familiar, pois permite a compreensão dos indivíduos (Wright & Leahey, 2018).

## 2.2. TEORIA DA CIBERNÉTICA

Na Teoria da Cibernética, um acontecimento surge em consequência de outro (processo de causalidade circular), assim como o comportamento de cada indivíduo afeta os restantes familiares (Alarcão, 2002).

Conseguimos compreender melhor os comportamentos dos membros, quando utilizamos a causalidade circular, em alternativa à linear. Por exemplo, nas entrevistas podem ser utilizadas questões circulares e lineares. As questões circulares permitem explorar as características de interação, enquanto as lineares exploram características descritivas (Wright & Leahey, 2018).

Esta teoria é composta por dois tipos de cibernética: cibernética de primeira ordem ou cibernética dos sistemas observados e cibernética de segunda ordem ou cibernética dos sistemas observantes.

A cibernética de primeira ordem caracteriza o observador como participante, este tem influência na realidade que observa. Segundo Droeven e Najmanovich, “... o acaso não tinha lugar no espectro científico e o determinismo impunha o seu domínio; o mundo regia-se por uma dinâmica de causa-efeito, apesar da causalidade circular que se afirmava” (p. 24). Esta cibernética responsabiliza a família pelas perturbações sintomáticas, não culpabiliza o

indivíduo pelas suas dificuldades ou perturbações. O sistema total ganha destaque e o sujeito é esquecido (Alarcão, 2002).

A cibernética de segunda ordem inclui o observador nos sistemas em estudo. Para além de descrever os sistemas, tal como a primeira cibernética, esta cibernética pretende caracterizar o sujeito que os descreve (Alarcão, 2002). Nesta cibernética, há o envolvimento num contexto amplo, incluindo o observador e o observado. Segundo Van Foester (1996), os sistemas têm capacidade de se auto-organizar e possuem um sistema observante. Posto isto, “o observador e o observado constituem um sistema, em que o próprio observador se torna objeto de observação” (p. 39). Existem várias versões da realidade observada e esta depende do indivíduo. Compreender a realidade entendida pelos observadores, permite conhecer a variedade dos processos implementados pelos sistemas no seu funcionamento, resultantes das perceções que estes possuem (Figueiredo, 2020).

O *feedback* é caracterizado pela receção e processamento da informação. A receção da informação no sistema permite corrigir os erros percecionados, mediante o processo de retroação. Quando surge a necessidade de se adaptar às variantes do meio, o sistema desenvolve um processo de autorregulação. O mecanismo de retroação e de autorregulação permite a estabilidade do sistema, bem como a diminuição do nível de desvio provocado pelas flutuações internas e externas (Figueiredo, 2020).

O sistema de retroalimentação negativo não permite a mudança no funcionamento do sistema, tem como objetivo promover a homeostasia, ou seja, manter a sua organização (cibernética de primeira ordem). A retroalimentação positiva permite mudanças qualitativas no funcionamento do sistema, assim como na sua organização (cibernética de segunda ordem) (Figueiredo, 2020).

“Nas famílias existe alternância destes mecanismos e muitas vezes os períodos de regulação por *feedback* positivo são restringidos pelos de *feedback* negativo...” (p.39) Ambos os mecanismos são importantes no desenvolvimento do sistema (Figueiredo, 2020).

O enfermeiro não deve culpabilizar um membro pelas dificuldades da família. Quando pretende mudar um comportamento, é necessário ajustar os limites reguladores para permitir a transformação e a formação de novos comportamentos. O processo de *feedback* pode ocorrer em simultâneo com diversos subsistemas da família (Wright & Leahey, 2018).

### 2.3. TEORIA DA COMUNICAÇÃO

A comunicação realiza-se em determinado espaço, tempo e contexto, provocando mudanças nos elementos envolvidos. Através da comunicação, a família cria e organiza as suas relações. A comunicação permite a família qualificar e caracterizar o seu sistema, manifestando-se através do relacionamento entre os indivíduos (Figueiredo, 2020).

A Teoria da Comunicação caracteriza o modo de interação entre as pessoas. A comunicação pode ser realizada de forma verbal ou não verbal e, varia na forma de transmissão. Existem duas formas de transmitir a mensagem: a digital e a analógica. A digital surge através da comunicação verbal e a analógica ocorre por meio da comunicação não verbal. Esta forma de comunicar pode acontecer de várias maneiras, como pela postura, a expressão facial e o tom, assim como pela música, a poesia e a pintura (Wright & Leahey, 2018).

Segundo a teoria, numa relação diádica (constituída por duas pessoas), pode existir duas variáveis: a simétrica e a complementaridade. A identificação destas variáveis, permite reconhecer os padrões de interação do sistema familiar. Numa interação simétrica, o comportamento dos elementos é espelhado um pelo outro, enquanto na complementaridade, o comportamento de um indivíduo é complementado pelo outro. Numa relação entre a mãe e o filho adolescente, é normal predominar a complementaridade. Quando o filho se torna adulto, a relação passa a ser mais simétrica e igualitária. Ou seja, em determinadas situações é saudável predominar a simetria, assim como noutras a complementaridade (Wright & Leahey, 2018; Figueiredo, 2020).

O conteúdo transmitido pela comunicação é influenciado pelo relacionamento existente entre os indivíduos em interação. Os processos de comunicação utilizados pelo sistema familiar, são representados pelas regras implementadas e respeitadas por todos os indivíduos do sistema (Wright & Leahey, 2018; Alarcão, 2002). O enfermeiro deve conhecer os processos de comunicação usados pela família, permitindo-lhe analisar o funcionamento do sistema.

### 2.4. TEORIA DA MUDANÇA

Na Teoria da Mudança é fundamentado como e o que constitui a mudança, assim como as condições que afetam este processo. Os sistemas de relacionamento são constituídos por mudanças progressivas, incluindo o paradoxo de mudança e estabilidade. A mudança provoca uma alteração na estrutura da família, promovendo a sua organização e estabilidade.

A percepção do problema influencia a mudança, bem como a forma de interpretar determinada situação. A perspectiva dos indivíduos tem grandes implicações sobre a maneira de agir e na mudança que irá originar (Wright & Leahey, 2018).

Todas as famílias estão sujeitas a dois tipos de pressão: a interna e a externa. A pressão interna ocorre durante o desenvolvimento dos membros e dos subsistemas, sendo uma mudança essencial ao sistema. A pressão externa surge durante a adaptação dos elementos a instituições sociais, esta tem influência no sistema. O sistema familiar necessita de modificar os seus padrões transacionais, com o objetivo de o sistema evoluir. Contudo, é importante manter a sua identidade e continuidade (Alarcão, 2002).

Os objetivos devem ser definidos em colaboração com a família, capacitando-os para soluções alternativas, perante as dificuldades. Entender o problema não é suficiente para ocorrer a mudança, é necessário observá-lo sob uma perspectiva sistémica e não linear. “Os problemas situam-se entre as pessoas e não dentro delas” (p. 43). Cada membro da família precisa do seu tempo para reagir ou mudar, uns reagem mais rápido do que outros. No entanto, é necessário dar a oportunidade de mudança a todos os elementos (Wright & Leahey, 2018).

As intervenções de enfermagem devem ser adaptadas para cada família, pois as mudanças são determinadas pela própria estrutura biopsicossocial-espiritual. Quando se promove a mudança num sistema familiar, é importante ter em consideração o contexto. O enfermeiro tem como responsabilidade proporcionar o contexto para promover a mudança (Wright & Leahey, 2018).

## **2.5. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

O MCAF permite avaliar o funcionamento familiar, assim como a sua dinâmica, através da análise de três dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional. Este modelo orienta a prática de enfermagem através da avaliação familiar, com base nas atividades profissionais, as crenças, os relacionamentos dos indivíduos e experiências vivenciadas em determinado momento (Wright & Leahey, 2018).

A avaliação estrutural da família permite analisar a sua composição, as relações entre os membros e com outros subsistemas ou sistemas mais amplos, bem como os aspetos relacionados com o contexto envolvente. Esta dimensão avalia a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto (Wright & Leahey, 2018).

A estrutura interna envolve seis subcategorias: a composição da família, o género, a orientação sexual, a ordem de nascimento, os subsistemas e os limites (Wright & Leahey, 2018).

Os tipos de famílias (composição familiar) permitem compreender as várias formas de organização familiar, bem como as diferentes configurações, nomeadamente:

- família nuclear: constituída por um casal (podem ser ou não legalmente casados), com filhos biológicos ou adotados;
- família reconstruída: agregado com pelo menos um elemento do casal que teve uma relação marital anterior e um filho resultante desse relacionamento;
- família monoparental: há apenas uma figura parental e um ou mais filhos. Nesta família é conhecido o género da pessoa representante da figura parental;
- família institucional: são os orfanatos, lares de idosos, internatos entre outros;
- família alargada: composta por três gerações ou família nuclear com outros parentes ou pessoas sem grau parentesco;
- família unipessoal: pessoa que reside numa habitação sozinha;
- coabitação: pessoas solteiras que residem na mesma habitação (Figueiredo, 2020).

O sentimento de afeto, os vínculos fortes de emoção, o sentimento de pertença e a durabilidade como membro, são fatores que determinam a composição familiar. A composição pode ser alterada de maneira temporária ou permanente. Por vezes, as famílias adotivas têm composições diferentes aos fins de semana e no período de férias. Quando ocorre o nascimento ou a morte de um membro, também há mudança na estrutura (Wright & Leahey, 2018).

O sistema familiar organiza-se por subsistemas. Os elementos da família podem ser considerados como um subsistema, assim como as díades conjugais ou outros subgrupos do sistema. Os subsistemas podem ser distinguidos pelo sexo, por uma geração (irmãos) ou pelas tarefas desempenhadas pelos membros da família. Existem quatro tipos de subsistemas: individual, conjugal, parental e fraternal (Figueiredo, 2020).

O subsistema individual é constituído pelo indivíduo, sendo caracterizado pelo seu estatuto, assim como pelas funções exercidas no sistema familiar. O subsistema conjugal é composto pelo casal, tem como funções o desenvolvimento de limites ou fronteiras, não permitindo a

intrusão de outros elementos (como por exemplo, as famílias de origem ou os filhos). O subsistema parental pode ser constituído por diversos membros, como os pais, os avós, os tios, os padrinhos ou até um irmão mais velho. Este subsistema exerce funções executivas, tal como educar e proteger as gerações mais novas. O subsistema fraternal é composto pelos irmãos, este permite o desenvolvimento de competências relacionais com o grupo de iguais, assim como o “apoio mútuo, a competição, o conflito e a negociação nas brincadeiras solidárias e nas “guerras”” (p.56). Os elementos podem pertencer a vários subsistemas em simultâneo e podem variar ao longo do ciclo vital, sendo necessária a definição de limites ou fronteiras (Alarcão, 2002).

A passagem da informação entre a família e o meio, bem como entre os vários subsistemas, é regulada pelos limites. Existem três tipos de limites ou fronteiras: claros, difusos ou rígidos. Nos limites claros há a definição das fronteiras entre o espaço e as funções de cada elemento ou subsistema. Permitem a troca de influências, comunicação de afetos e problemas. Nos difusos há grande permeabilidade, colocando em risco a diferenciação entre os subsistemas. Nos rígidos existe dificuldade dos membros em comunicar e compreender, há uma barreira que quase não se pode transpor (Alarcão, 2002).

Quando os limites são muito permeáveis ou difusos, o sistema familiar perde a sua identidade e integridade. Habitualmente, há uma preocupação excessiva entre os elementos e mistura de papéis entre gerações. Consequentemente, origina uma diminuição na diferenciação entre os indivíduos, provocando o emaranhamento. Por outro lado, quando as fronteiras são rígidas ou impermeáveis, o processo de comunicação entre os subsistemas é dificultado e a função de proteção do sistema diminui, originando o desmembramento. Nestas situações, os elementos funcionam de forma individualista (Figueiredo, 2020; Alarcão, 2002).

As fronteiras entre os subsistemas são necessárias para o funcionamento do sistema, obedecendo ao princípio da permeabilidade e permitindo as trocas de informação com o meio. No sistema familiar, os limites são caracterizados como semipermeáveis, permitindo a entrada de algumas informações. A diferenciação dos subsistemas envolve as regras, os papéis, as tarefas, os valores e os padrões de comunicação definidos pelo sistema familiar (Figueiredo, 2020).

A estrutura externa inclui dois parâmetros: a família extensa e os sistemas mais amplos. O conhecimento sobre a família extensa é um recurso importante, permite observar a perceção de cada membro da família, avaliando o tipo e a intensidade de contato entre os indivíduos.

Os sistemas mais amplos são constituídos pelas interações sociais da família que não pertencem à família extensa, nomeadamente: a escola, as instituições de saúde, as instituições religiosas, instituição profissional, locais de lazer, os amigos entre outros. Todos os sistemas familiares estão rodeados de sistemas muito mais amplos, como o país e a região, que têm influência sobre o sistema familiar (Wright & Leahey, 2018).

O contexto da família permite analisar cinco subcategorias: a etnia, a raça, a classe social, a espiritualidade e/ ou religião e o ambiente. Identificar estas subcategorias, ajuda a compreender o estilo de vida da família e a sua dinâmica, assim como a interação com os sistemas mais amplos (Wright & Leahey, 2018).

A avaliação desenvolvimental pretende identificar o desenvolvimento do ciclo vital da família. Nos últimos anos, ocorreram algumas mudanças na estrutura do ciclo vital, provocadas por situações de divórcio, famílias adotivas, o aparecimento de uma doença crónica entre outras situações. As mudanças dos papéis do homem e da mulher, a redução da taxa de natalidade, o aumento da esperança média de vida, são também alguns fatores promotores da mudança (Wright & Leahey, 2018).

A fase do ciclo vital é identificada através das tarefas realizadas pelo sistema familiar. Segundo Carter e McGoldrick, há seis estádios:

- 1º jovem adulto solteiro: o jovem adulto reside sozinho e terá de aprender a gerir as suas responsabilidades emocionais e financeiras;
- 2º formação do casal e união pelo casamento: é assumido um compromisso e há a formação de um novo sistema;
- 3º família com filhos pequenos: há o nascimento de filhos, exigindo a aceitação dos novos membros no sistema;
- 4º família com adolescentes: aumenta a flexibilidade dos limites da família para permitir aos adolescentes a sua independência e aumentam as fragilidades dos avós;
- 5º encaminhamento dos filhos e saída destes de casa: saída dos jovens adultos e entrada de elementos, como os avós no sistema familiar;
- 6º família no fim de vida: exige a aceitação da mudança de papéis entre gerações (Wright & Leahey, 2018).

A avaliação funcional analisa o comportamento entre os indivíduos. Existem dois aspetos avaliados no funcionamento familiar: o instrumental e o expressivo. O funcionamento

instrumental diz respeito à realização das atividades de vida diárias. O expressivo envolve nove subcategorias: a comunicação emocional, a comunicação verbal, a comunicação não verbal, a comunicação circular, a solução de problemas, os papéis, a influência e poder, as crenças e as alianças e uniões. Estas subcategorias permitem distinguir as famílias funcionais, em termos emocionais, das famílias disfuncionais. Normalmente, as famílias que não se adaptam à parte instrumental, têm dificuldade na parte expressiva (Wright & Leahey, 2018).

Os papéis são comportamentos estabelecidos entre os membros da família. Os papéis familiares têm impacto na interação, nas funções e na organização do sistema familiar, nomeadamente:

- papel de provedor: a entrada de bens financeiros;
- papel de gestão financeira: governação da economia doméstica;
- papel de cuidado doméstico: responsabilidade sobre as atividades domésticas (lavar a louça, arrumar a casa, cozinhar, ir às compras entre outros);
- papel recreativo: o membro com iniciativa para atividades de lazer, incentivar a família na participação de atividades recreativas;
- papel parente: promove o contato com a família extensa e amigos, permitindo consolidar os laços familiares (Figueiredo, 2020).

O papel atribuído é um comportamento constante em determinadas situações. No entanto, dos papéis não são estáticos, podem sofrer alterações (Wright & Leahey, 2018).

Durante o EC II foi elaborado um Processo de Enfermagem para uma família, com aplicação do MCAF e elaboração de um plano de cuidados. Em apêndice, encontra-se o Processo de Enfermagem elaborado (Apêndice I).

## 2.6. MODELO CIRCUMPLEXO DE OLSON

Ao longo do ciclo vital, a família sofre inúmeros desafios e dificuldades, sendo necessário o sistema adaptar-se às circunstâncias, de maneira equilibrada e consistente. É essencial a família manter a sua identidade e promover a hierarquia parental. Num sistema familiar, os elementos devem ser independentes, assim como unidos entre si (Olson & Gorall, 2003;

Olson, Portner, & Lavee, 1985; Olson et al., 2019, citado por Nunes, Nunes, Ferreira, & Martins, 2021).

No século XX, surgiu o Modelo Circumplexo de Olson ou Modelo Circumplexo de Sistemas Conjugais e Familiares. Este tem por base a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria do Desenvolvimento Familiar. É um modelo sistémico e dinâmico, porque assume todo o sistema familiar, assim como as mudanças sucedidas ao longo do ciclo vital da família (Olson, 2000).

Este modelo centra-se em três dimensões do sistema familiar: a coesão, a adaptabilidade e a comunicação. Estas dimensões permitem avaliar o funcionamento familiar, através do diagnóstico das relações familiares. Para além da necessidade de se adaptar aos acontecimentos, a família precisa ajustar-se às fases do ciclo vital, assim como à sociedade onde está inserida (Olson, 2000).

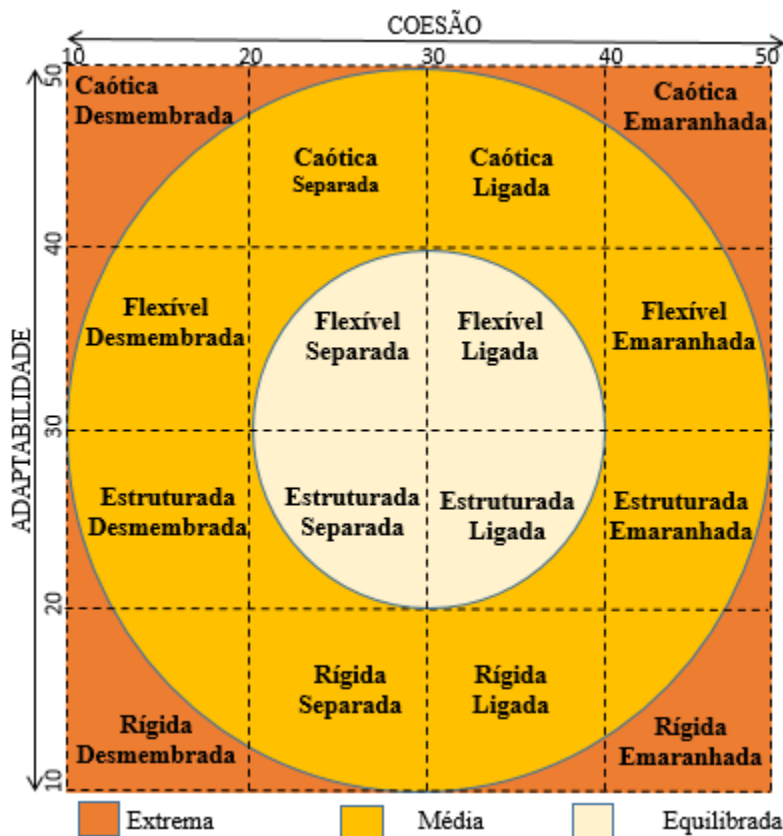
A coesão caracteriza os laços no sistema familiar, o suporte, a autonomia, os limites ou fronteiras definidos internamente e externamente, os métodos de tomada de decisão e a união entre o sistema parental e filial. Esta dimensão remete-se ao sentimento de pertença e de suporte, permitindo observar a intimidade entre os membros. A adaptabilidade familiar foca-se na estrutura de poder do sistema familiar, no método de negociação, nos papéis e regras utilizados para o funcionamento da família. Esta dimensão permite observar o poder e a influência dos membros entre si. A comunicação familiar remete-se à capacidade do casal e dos restantes membros do sistema, comunicarem de forma positiva entre si (clareza, respeito, empatia, escuta ativa). A comunicação é considerada como uma dimensão facilitadora da coesão e da adaptabilidade. As famílias com bons padrões de comunicação, apresentam bons indicadores nas outras dimensões (Olson, 2000; Olson, 2011).

Por vezes, os membros da família mudam de perspetivas, exigindo ao sistema familiar uma nova adaptação. Por exemplo, em determinada altura, os adolescentes necessitam de mais liberdade, independência e poder no sistema familiar. O membro pode exercer pressão para provocar mudança na forma de funcionamento, apesar da existência de resistência do sistema à alteração (Olson, 2000).

A Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES) III é um instrumento de avaliação familiar, sustentada pelo Modelo Circumplexo de Olson. Esta escala é composta por 20 questões, permitindo avaliar a coesão e a adaptabilidade numa família. As questões sobre a coesão permitem avaliar cinco subcategorias: “o vínculo emocional, o

apoio, os limites familiares, o lazer e amigos e os interesses” (p.51). A adaptabilidade permite analisar quatro subcategorias: “liderança, controlo, disciplina, e as regras e papéis” (Olson et al., 1985, citado por Nunes, Nunes, Ferreira, & Martins, 2021, p. 51). A Escala utiliza a terminologia do Modelo Circumplexo de Olson, para identificar o tipo de família.

Na coesão, a família pode ser considerada desmembrada (coesão extremamente baixa), separada (coesão baixa a moderada), ligada (coesão moderada a alta) e emaranhada (coesão extremamente alta). Na adaptabilidade, podemos classificar em rígida (adaptação extremamente baixa), estruturada (adaptação baixa a moderada), flexível (adaptação moderada a alta) e caótica (adaptação extremamente alta). Através da classificação das famílias, podemos identificá-las como equilibradas (funcionais), moderadamente equilibradas e extremas (disfuncionais). Na figura 2 está representado as classificações, assim como os valores atribuídos para cada tipo de família, consoante as respostas fornecidas no questionário.



**Figura 2 - Modelo Circumplexo de Olson**  
 Fonte: Versão portuguesa, baseada em Olson (2000)

Numa família desmembrada há pouca proximidade entre os membros, pouca lealdade e muita independência. Nas famílias separadas também não há muita proximidade, embora um pouco mais do que nas desmembradas, há alguma lealdade, os membros são interdependentes, mas são mais independentes do que dependentes. Quando são ligadas, a

proximidade é moderada a alta, os membros são leais entre si e interdependentes, mas mais dependentes do que independentes. Nas famílias emaranhadas existe muita proximidade entre os elementos, são muito leais, assim como muito dependentes (Olson, 2000).

Nas famílias rígidas, a liderança é implementada de forma autoritária, são muito disciplinados, os papéis raramente sofrem mudanças, assim como a restante dinâmica. As famílias estruturadas compartilham a liderança ocasionalmente, a disciplina adotada é um pouco democrática, os papéis são estáveis e ocorrem mudanças quando é estritamente necessário. Nas famílias flexíveis, os membros compartilham a liderança, a disciplina é democrática, há partilha de papéis e estão sugestíveis a mudanças, perante a necessidade. Nas famílias caóticas, o agregado familiar está constantemente em mudança, há falta de liderança no sistema, não há regras e limites definidos, assim como os seus papéis (Olson, 2000).

As famílias desequilibradas não possuem os recursos necessários para mudar o sistema e têm mais dificuldade em se adaptar a uma crise (Olson, 2000). Alguns sistemas familiares rígidos vivenciam as passagens das etapas do ciclo, como uma ameaça catastrófica (Alarcão, 2002). O funcionamento familiar é considerado disfuncional, perante valores de coesão e adaptação extremamente baixos ou extremamente altos, provocando dificuldades nas relações entre os elementos, assim como na adaptação às situações (Olson, 2011).

Por outro lado, as famílias funcionais ou equilibradas têm mais competências para lidar com mudanças de 2ª ordem e conseguem modificar o seu sistema para se adaptarem às crises (Olson, 2000). Este tipo de mudanças implica alterações nas regras básicas e na estrutura do sistema familiar (Alarcão, 2002). O funcionamento é saudável, na presença de níveis equilibrados (Olson, 2011).

Surgem os cuidados de enfermagem à família na dinâmica entre enfermeiro e família. O sistema familiar necessita destes cuidados em vários momentos, nomeadamente nas situações de dificuldade em manter o funcionamento adequado, perante as transições normativas ou acidentais. As transições normativas ocorrem no decorrer do desenvolvimento do ciclo vital. As acidentais surgem de forma inesperada, como a crise conjugal, o desemprego, gravidez não desejada, surgimento de uma doença crónica, morte de um familiar entre outras situações (Figueiredo, 2020).

## 2.7. TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA FAMÍLIA

O projeto de investigação desenvolvido no último capítulo, aborda a transição saúde-doença nos sistemas familiares com crianças e adolescentes portadoras da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). No âmbito desta prática baseada na evidência, surgiu a necessidade de destacar esta transição, tão marcante nestas dinâmicas familiares.

A Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis, descreve quatro tipos de transições: desenvolvimental (mudança de etapa no ciclo vital), situacional (situações que implicam a mudança de papéis), saúde/doença (mudança do estado de saúde para o estado de doença) e organizacional (envolve o ambiente, como as mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) (Meleis, 2010).

Segundo a perspetiva ecossistémica de Bronfenbrenner (1979), as capacidades e as estratégias de *coping* da família estão relacionadas com as necessidades dos membros, assim como pelo contexto mais amplo (comunidade e sistemas sociais). O funcionamento familiar é influenciado pela adaptação ou compatibilidade entre os indivíduos, a família e os sistemas mais amplos (Walsh, 2016).

Quando a família passa por uma transição de bem-estar para doença, necessita de adaptar o sistema familiar ao estado de doença, através da reorganização de rotinas, tarefas e regras ajustadas à patologia (Meleis, 2010). Segundo Friedman, Bowden e Jones (2003) há seis fases de saúde e doença numa interação familiar:

- “- 1º Esforço da família na promoção da saúde;
- 2º Avaliação familiar dos sintomas;
- 3º Procura de cuidados;
- 4º Encaminhamento e obtenção de cuidados;
- 5º Resposta aguda à doença pelo cliente e pela família;
- 6º Adaptação à doença e à recuperação” (Wright & Leahey, 2018, p. 128).

Os eventos críticos, as condições ambientais e os problemas de saúde num membro, podem afetar a funcionalidade do sistema familiar, bem como as suas relações. Perante estas situações, a família deverá relacionar-se e lidar com os problemas, contribuindo de forma positiva para a sua adaptação. Caso contrário, o relacionamento familiar torna-se disfuncional. Muitas vezes, as famílias mais problemáticas tentam lidar com os problemas

por conta própria, recorrendo aos seus parentes e até mesmo a recursos espirituais, do que aos serviços de saúde (Walsh, 2016).

A família é constituída por um todo e ao mesmo tempo por partes, com características diferentes da soma das partes. “Não tendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afetará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar” (Figueiredo, 2020, p. 67). O sistema familiar tem a capacidade para promover estratégias que permitem o seu funcionamento enquanto unidade, preservando a sua organização e sofrendo alterações estruturais. Em simultâneo, vai dando resposta às necessidades individuais de cada membro. A saúde de cada elemento influencia o funcionamento familiar.

Os cuidados de enfermagem à família, têm como objetivo capacitar os membros, através da maximização do seu potencial de saúde. Perante os planos de vida, o enfermeiro deve incentivar a família a recorrer aos recursos internos e externos para promover novas formas de interação. Assim, incentiva o fortalecimento da saúde familiar, bem como a sua autonomia (Figueiredo, 2020).

## **2.8. FAMÍLIAS COM CRIANÇAS OU ADOLESCENTES AUTISTAS**

Este capítulo concentra-se no terceiro estágio (família com filhos pequenos) e quarto estágio (família com filhos adolescentes) do ciclo vital, pela necessidade de introduzir estas etapas referidas no projeto de investigação. O terceiro estágio é desafiante para o casal, pela necessidade de introduzir novas funções, tarefas, assim como reorganizar as relações internas e externas ao sistema familiar. No que concerne ao quarto estágio, este é o mais extenso e difícil, pela necessidade de manter um equilíbrio entre as exigências da família e as necessidades de cada elemento do sistema familiar (Alarcão, 2002).

Ao longo do tempo, as famílias vão desenvolvendo um conjunto de regras. Por vezes, as normas definidas são transmitidas de geração em geração, regulando as dinâmicas familiares e perspetivando papéis e comportamentos. As crenças familiares representam os valores e ideais, servindo como orientação no funcionamento familiar. As normas familiares são influenciadas pelos costumes sociais, éticos, classe social e espirituais (Walsh, 2016).

A flexibilidade é muito importante no desenvolvimento familiar para superar desafios. Estes podem surgir em determinadas fases e transições, como a paternidade, a adolescência, o divórcio, a formação de uma família adotiva entre outros. Os processos de adaptação são

úteis no desenvolvimento familiar, envolvendo desafios e acontecimentos marcantes (Walsh, 2016).

Ao longo do ciclo vital, surgem mudanças essenciais ao desenvolvimento do sistema familiar. Estas ocorrem num determinado tempo e espaço, sofrendo flutuações que lhe concedem unicidade. As flutuações são influenciadas pelas crises normativas e/ ou acidentais. A estrutura da família determina o impacto destes acontecimentos, através dos processos de adaptação (Figueiredo, 2020).

As crises normativas são os acontecimentos comuns e fazem parte do ciclo vital, como o nascimento do primeiro filho. Surgem as crises não normativas, quando ocorrem situações inesperadas ou fora do comum, como a morte de um filho. A forma como a família lida com as crises tem impacto no seu funcionamento. As famílias com resiliência, utilizam um conjunto de estratégias de *coping* para a resolução de problemas e demonstram mais flexibilidade para lidar com determinados eventos (Walsh, 2016).

As crises põem o equilíbrio do sistema familiar à prova, exigindo a introdução de novas informações. A família necessita de realizar um conjunto de transformações, de forma a se adaptar ou se manter equilibrada (Alarcão, 2002). Tal como acontece numa família com um filho portador de uma deficiência, os pais apresentam mais stress devido às necessidades de adaptação das suas expectativas e para lidarem com as reações emocionais (Wright & Leahey, 2018).

A PEA é uma doença crónica que provoca perturbação do neurodesenvolvimento, provocando *déficit* de atenção, comportamentos e interesses repetitivos, dificuldade na comunicação, assim como na interação social (AACAP, 2014). Esta doença pode também provocar problemas no sono (dificuldade em adormecer, sono leve, acordar cedo e apneia obstrutiva do sono), ataques (episódios de ausências, ataques com movimentos repetitivos e convulsão), distúrbios alimentares e problemas gastrointestinais (diarreia, dores abdominais e obstipação). No que concerne aos problemas gastrointestinais, alguns pais referem melhorias após a retirada de alimentos com caseína e glúten na dieta alimentar da criança. Contudo, não existem estudos que comprovem esta relação (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015). Segundo os últimos estudos publicados em Portugal, 1 em cada 1000 crianças sofre desta perturbação (Oliveira, 2005). No entanto, estimam-se valores superiores, como 2 a 6 em cada 1000 crianças tem PEA (Estevinho, 2017).

Os autistas sofrem de sobrecarga sensorial devido à hipersensibilidade a sons altos, luzes brilhantes ou odores intensos. Diariamente, surgem desafios com a interação social e a comunicação, sendo necessário rotinas para ajudar a superar estas dificuldades. A previsibilidade e a estabilidade reduzem a ansiedade e o *stress*, associado às situações imprevisíveis (Zauderer, 2023).

As rotinas transmitem controlo sob o meio envolvente, reduzem a sobrecarga sensorial, fornecem conforto e um ambiente familiar. Quando as pessoas com PEA sabem o que vai ocorrer, a probabilidade de despertar um estímulo é menor, assim como a sobrecarga sensorial (Zauderer, 2023). A família deve planear com antecedência, os acontecimentos não habituais, para que os indivíduos se possam preparar. As situações que surgem de forma inesperada, podem provocar frustração, desconforto, ansiedade e agressividade, aumentando a dificuldade na interação com o meio social (Ferraz, 2019).

Cerca de metade das crianças com PEA sofre pelo menos uma das perturbações de sono. Ou seja, metade dos pais têm problemas em dormir, pois o descanso dos progenitores é interrompido pela perturbação do filho. Os problemas em dormir podem melhorar com uma boa higiene do sono, ou seja, formação de uma rotina na hora de dormir (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015). Os restantes membros da família também podem ficar afetados com esta situação, nomeadamente os irmãos.

Normalmente, os casais têm menos tempo para a sua relação conjugal na terceira fase do ciclo vital (família com filhos pequenos), devido às necessidades das crianças. Na quarta etapa (família com filhos adolescentes), os pais passam a dar mais liberdade ao filho adolescente (Wright & Leahey, 2018). Nas famílias com filhos portadores de PEA, o tempo conjugal fica mais afetado pela necessidade de mais cuidados. Embora seja mais desafiante, é essencial promover a relação conjugal (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015), independentemente da fase ciclo vital da família.

O relacionamento conjugal reduz o risco de afastamento entre o casal e ajuda a família a lidar melhor com esta transição. Os pais devem promover a comunicação entre si, escutar, mostrar preocupação com o parceiro, manter o sentido de humor, encontrar tempo para a relação e recorrer a serviços de cuidados temporários, como o *babysitting* ou outros tipos de cuidados de pequena duração (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015). Alguns estudos demonstram menos satisfação conjugal, mais dificuldades conjugais e mais disfunção familiar, comparativamente aos casais com filhos saudáveis (Gau, et al., 2012)

As crianças com PEA requerem mais atenção, provocando nos irmãos sentimentos de perda, solidão, ressentimento, bem como a culpa por vivenciar esses sentimentos. Os pais devem proporcionar um tempo para passar com cada um dos outros filhos. “Este tempo especial pode ser algo tão simples como ir às compras, lavar o carro, tomar banho ou ler um livro juntos” p. 28. É importante aproveitar este período para falar sobre a escola, as atividades, os amigos, os sentimentos e as situações vivenciadas (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

Os pais devem ajudar os filhos a interagir com o irmão autista, assim como conversarem sobre a perturbação. Os irmãos devem aprender a compreender a PEA, nomeadamente a forma como afeta a interação social e a comunicação. Quando os irmãos são mais pequenos, podem ter dificuldade em compreender. Os progenitores devem arranjar estratégias para facilitar este processo. Segundo alguns estudos, os irmãos de crianças autistas tornam-se “... adultos com perspicácia, empatia e compaixão; são maduros, reconhecidos e autossuficientes; são leais em relação aos irmãos com autismo e a sua família” (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015, p. 31).

A família alargada pode ser um bom sistema de apoio para a família, mas também pode tornar esta transição mais desafiante. Quando a família alargada fornece uma boa rede de apoio, partilha emoções, envolve-se no processo e fornece conforto, consegue ajudar o casal no processo de adaptação. As famílias que não fornecem um bom suporte emocional, o casal tende a afastar-se durante o período de adaptação. Cada pessoa tem o seu próprio tempo e ritmo de aceitação da doença, importante dar espaço e tempo para os membros se adaptarem (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

O apoio emocional é essencial em todas as famílias, principalmente para os sistemas familiares com crianças portadoras de necessidades especiais. Normalmente, o apoio emocional é fornecido pelas redes sociais informais, como a família e os amigos (McWilliam, 2012). As famílias com crianças portadoras de PEA, têm maiores níveis de coesão e adaptabilidade quando têm apoio social (Lei & Kantor, 2021).

O profissional de saúde também proporciona apoio emocional, através da escuta ativa e atendendo às necessidades da família, valorizando sempre os seus pontos fortes (McWilliam, 2012). As famílias com capacidade para redefinir as situações, utilizar o apoio formal para ajudar a lidar com os seus problemas, têm mais probabilidade de enfrentar melhor as situações causadoras de stress (Marques & Dixe, 2010).

Quando aparece uma doença, as crenças sobre saúde são questionadas, afirmadas ou desafiadas. Nesse momento, o enfermeiro deve avaliar as crenças da família como facilitadoras ou constrangedoras nesse processo. As convicções facilitadoras aumentam as opções de solução de problemas, enquanto as constrangedoras reduzem e aumentam o sofrimento (Wright & Leahey, 2018).

Todas as pessoas têm as suas próprias experiências, geradas através das rotinas do dia a dia e pelo contexto familiar. A intervenção deve ter em conta a condição da criança ou adolescente, assim como a situação familiar. Segundo a Teoria Sistémica Ecológica de Bronfenbrenner, o contexto ambiental onde as crianças e os adolescentes se desenvolvem, tem influência direta ou indireta nos mesmos (McWilliam, 2012).

Todos os elementos da família ficam afetados com esta perturbação. Contudo, o impacto no sistema pode não ser negativo, após ocorrer a fase de adaptação da família. É importante preservar as relações saudáveis entre os membros, assim como a sua união. Por vezes, um dos maiores desafios é a falta de tempo para comunicarem e conviverem uns com os outros (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

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

O enfermeiro especialista tem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza, perante as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade. Atua em diversos contextos de vida e nos vários níveis de prevenção (Diário da República, 2019).

#### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As especialidades em enfermagem têm competências comuns às diversas áreas e representam todas as capacidades dos enfermeiros especialistas, independentemente da área, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no Âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2019, p. 4745).

##### 3.1.1. RESPONSABILIDADE ÉTICA E DEONTOLÓGICA

O enfermeiro desenvolve a prática clínica com base nas normas legais, os princípios éticos e deontológicos. Os direitos humanos e as responsabilidades profissionais são respeitados na prestação de cuidados (Diário da República, 2019).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) é um instrumento jurídico, 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 (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

O Código Deontológico do enfermeiro descreve os deveres associados ao exercício de enfermagem, assim como um conjunto de direitos, associados à dignidade profissional e ao exercício com excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os Códigos de Ética Profissional permitem analisar possíveis problemas e soluções para dilemas morais, que podem ocorrer durante a prática clínica (IFNA, 2015). No decorrer do Mestrado, tive sempre em consideração o Código Deontológico e a Ética Profissional. Para elaborar o projeto: “Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo: coesão e adaptabilidade familiar”, submeti um pedido de autorização à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria. O pedido foi aceite pela Comissão e encontra-se em anexo (Anexo I).

### 3.1.2. MELHORIA DA QUALIDADE

A governação clínica atua no desenvolvimento e suporte de estratégias institucionais. Gere e colabora em programas de melhoria contínua, assim como no desenvolvimento de práticas de qualidade, providenciando um ambiente seguro e terapêutico (Diário da República, 2019).

Os Programas de Melhoria Contínua são implementados em contexto de prática clínica. Quando se identifica um problema, procede-se à formulação de objetivos e ao planeamento de atividades. Os resultados das atividades são avaliados e, realizam-se propostas com medidas para corrigir o problema identificado (DQS & DGS, 2023).

No início de 2024, tive a oportunidade de colaborar no processo de certificação da USF B, através da implementação das medidas expressas no Modelo de Certificação. Este modelo foi elaborado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados e aumentar a segurança. As unidades podem utilizar este modelo para reflexão e identificação de medidas necessárias no serviço, visando o aumento da qualidade dos cuidados (DQS & DGS, 2023). Colaborei na gestão de *stock* do armazém, verifiquei as condições de armazenamento do material e medicação, identifiquei os contentores de resíduos com os respetivos grupos. Relativamente aos medicamentos, procedi à sua identificação (nome, dose, via de administração e validade), com o objetivo de assegurar a preparação e administração de medicação. Estas foram algumas das medidas desenvolvidas durante o contexto clínico. As medidas foram implementadas, de acordo com o Modelo de Certificação.

### 3.1.3. GESTÃO DE CUIDADOS

A equipa de saúde articula e otimiza a sua resposta, através da gestão dos cuidados de enfermagem. Tem capacidade para gerir os recursos disponíveis e adaptar a liderança, perante os diversos contextos e situações, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados (Diário da República, 2019).

O Índice de Desempenho da Equipa multiprofissional (IDE) é um valor calculado nas USF, através dos indicadores. “O IDE assenta no trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional da USF modelo B, considerando as dimensões de acesso, gestão da doença, qualificação da prescrição e integração de cuidados” (Diário da República, 2023, p. 136). Durante os estágios tive oportunidade de contribuir no IDE da USF, através da realização das consultas, bem como os seus respetivos registos informáticos. O programa utilizado para os registos é o SClínico, está preparado para realizar várias consultas, sobretudo a Consulta

de Saúde da Família. Este programa permite registar intervenções de enfermagem sobre o sistema familiar, nomeadamente o tipo de família, a fase do ciclo vital, o funcionamento familiar, as condições habitacionais, os estilos de vida entre outras opções. Estes registos permitem analisar o funcionamento da família, possibilitando a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital. Habitualmente, os enfermeiros desta unidade não realizam este tipo de registos. Neste EC realizei uma formação, na qual foi inserida um Processo de Enfermagem, possível de aplicar em famílias em situação de doença crónica. Neste exemplar foi demonstrado as possibilidades de registo, tal como a sua importância.

#### **3.1.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

O enfermeiro demonstra a capacidade de se conhecer a si, enquanto sujeito e profissional, bem como a capacidade de adaptação individual e organizacional. Realiza a prática clínica especializada, com base na evidência científica, assumindo a responsabilidade de possibilitar conhecimentos em contexto laboral. Os conhecimentos podem ser transmitidos através de formações (Diário da República, 2019).

Conforme supracitado, realizei uma formação à equipa de enfermagem da USF B. A formação abordava a dinâmica das famílias com crianças e adolescentes portadoras de PEA, com apresentação de uma sugestão de um plano de cuidados de enfermagem. Em Portugal, 1 em cada 1000 crianças tem PEA (Oliveira, 2005). Contudo, estimam-se valores superiores, como 2 a 6 em cada 1000 crianças sofrem desta perturbação (Estevinho, 2017). Na USF B existem crianças com PEA e, tendo em conta, a previsão de aumento ao longo dos anos, torna-se necessário capacitar os profissionais para as necessidades desta patologia. O objetivo da formação foi sensibilizar os enfermeiros para estas dinâmicas familiares, demonstrar a importância do enfermeiro de família no decorrer desta transição, assim como o registo e arquivo dos cuidados implementados (Apêndice II - Plano de Formação e Apêndice III – Apresentação: “Crianças e adolescentes com PEA: dinâmica familiar”).

### **3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR**

As especialidades de enfermagem têm definido o campo de intervenção para cada área. As competências especializadas permitem dar respostas às transições de vida e aos problemas de saúde, através da capacidade de adaptação dos cuidados, perante as necessidades das pessoas (Diário da República, 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar (EEECFSF) presta cuidados de saúde à família, enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital, promovendo as suas capacidades nas diversas transições. O Enfermeiro lidera e colabora nos processos de intervenção familiar (Diário da República, 2018).

### 3.2.1. CUIDA DA FAMÍLIA ENQUANTO UNIDADE DE CUIDADOS

A Consulta de Enfermagem é uma estratégia para a implementação do processo de enfermagem. O processo é construído através da identificação de diagnósticos, com base na colheita de dados, decisão clínica, prescrição, aplicação de intervenções e avaliação dos cuidados prestados, visando compreender os ganhos em saúde (Melo, 2021).

Durante os ensinamentos clínicos realizei consultas nas diversas etapas de vida, desde os recém-nascidos aos idosos. Todas as consultas eram diferentes, assim como todos os indivíduos e famílias, necessitando de ser adaptadas e ajustadas. O triângulo terapêutico é um conceito concebido a partir da teoria dos sistemas. Na prestação de cuidados, existem três personagens: o utente, o profissional de saúde e a família. Inicialmente, a relação terapêutica é entre a díade utente e profissional de saúde (Hanson, 2004).

No proceder das consultas tentava proporcionar um ambiente seguro, facilitando a abordagem de temas difíceis ou mais sensíveis para o agregado familiar, promovendo a partilha da sua história. Por vezes, não era fácil realizar consultas com todos os membros da família. Algumas dessas situações prendeu-se com a dificuldade de consolidar as consultas com a atividade profissional dos utentes. Na minha opinião, os cuidados à família são uma realidade um pouco distante de alguns profissionais de saúde, assim como das famílias. Consequentemente, as pessoas não dão importância às consultas familiares, compete aos EEECSF reeducar para esta nova realidade. Recorrendo à Teoria Geral dos Sistemas como base teórica, é necessário atuarmos na família, pois qualquer alteração de uma das partes, afetará as restantes partes. É importante e faz a diferença atuar nas famílias, enquanto unidade de cuidados.

No decorrer do tempo, as pessoas iam criando mais ligação comigo, partilhando mais emoções e sentimentos vivenciados em diversas situações. A história da família permitia-me compreender a sua estrutura e os seus problemas, analisando também o contexto ambiental que pode afetar a saúde dos indivíduos. Todas as famílias são caracterizadas pela sua singularidade, sendo importante respeitar os seus valores, costumes e preferências.

Muitas vezes, os enfermeiros têm uma posição privilegiada, porque têm acesso aos sentimentos das pessoas. Contudo, é necessário o profissional ter a capacidade de se ligar aos utentes e gerar uma relação de confiança. Esta relação permite a partilha de pensamentos e sentimentos de maior vulnerabilidade, assim como desejos e objetivos para o futuro (Gottlieb, 2010). Frequentemente, sentia que este acesso trazia consigo um nível elevado de responsabilidade, bem como a utilização das informações fornecidas pelas pessoas, com o objetivo de as ajudar.

Segundo Minuchin, todas as famílias têm problemas, bem como momentos de conflitos. No entanto, há sistemas com dificuldade em lidar com estas situações. Acompanhei algumas famílias com problemas na gestão dos seus conflitos, ajudando-as na criação e formação de estratégias, de forma a enfrentarem e lidarem com essas adversidades.

A união familiar é muito importante, nomeadamente em processos de mudança. Estes podem ocorrer no nascimento do primeiro filho, em situações de doença, saída dos filhos de casa, entrada na reforma, entre outras possíveis transições. A capacidade da família em se manter unida, facilita este processo e possibilita o apoio entre os membros, assim como a interação com o meio envolvente. As crises colocam o equilíbrio da família à prova, sendo muito importante arranjar estratégias para lidar com estas situações, visando o equilíbrio familiar (Alarcão, 2002). Utilizei várias estratégias para facilitar os processos de transição, designadamente a análise dos pontos fortes e fracos da família. Esta análise permitia-me reconhecer as forças existentes no sistema e, assim atingir mais facilmente os resultados desejados. “As forças são necessárias para atingir os objetivos, desenvolver a saúde, lidar com os desafios da doença, facilitar e promover a cura...” (Gottlieb, 2010, p. 414).

Na minha prática clínica utilizei vários modelos teóricos como guia orientador, principalmente a Teoria Geral dos Sistemas, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), o MCAF, a Teoria das Transições e o Modelo Circumplexo de Olson. Para avaliação da dinâmica familiar apliquei vários instrumentos de avaliação, como o MCAF, o APGAR Familiar de Smilkstein, a Escala de Graffar Adaptado, a Escala das FACES II e FACES III. As escalas de avaliação permitiam-me identificar o ciclo vital, os papéis, os limites, as regras, o funcionamento, o contexto familiar, as condições socioeconómicas e habitacionais. Os modelos têm como objetivo tornar-nos conscientes de muitos conceitos e ideias, estes são concebidos através de teorias, crenças e princípios. Não existe uma única base teórica orientadora da prática de enfermagem às famílias. No entanto,

utilizar teorias para orientação dos cuidados é uma prestação baseada na prática, pesquisa e evidência (Wright & Leahey, 2018).

No decorrer do tempo, juntamente com a enfermeira Tânia e as famílias, analisávamos se havia progressos, bem como a implementação das intervenções e estratégias sugeridas. Realizávamos uma avaliação dos resultados obtidos e verificávamos se os objetivos definidos estavam a ser alcançados. Partilhava o meu *feedback* sobre a evolução e, reforçava os pontos fortes, como forma de incentivo. Em conjunto com o utente ou a família, analisávamos os recursos disponíveis na comunidade para atender às suas necessidades, como apoios financeiros, consultas, apoio de associações entre outros recursos. Para além da outra análise, realizava com a enfermeira orientadora uma avaliação dos cuidados prestados, com o objetivo de melhorar a minha prestação de cuidados.

O processo de escutar e reconhecer cada vivência da família, permitia-me formar um elo de maior proximidade e confiança. Nos cuidados estabelecia uma parceria colaborativa, facilitando-me a elaboração do plano de cuidados e ajustando consoante as necessidades, preferências e estilo de vida da família. Esta estratégia possibilita um maior envolvimento das pessoas no cuidados, bem como mais responsabilidade em assumir e implementar os cuidados planeados (Gottlieb, 2010).

### 3.2.2. LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO FAMILIAR

Durante o EC, houve necessidade de pedir colaboração e referenciar utentes para outras áreas e grupos profissionais. Tenho a destacar uma referenciação, da qual tive o prazer de também participar. Nessa referenciação pedimos a colaboração da EE em Saúde Mental, que exerce funções na USF B. A especialidade da saúde mental valoriza muito os sentimentos, bem como a identificação da emoção sentida e vivenciada. No decorrer das consultas familiares, identificámos um elemento com dificuldade em compreender e identificar as suas emoções, como a alegria, a tristeza, a raiva e a felicidade. Este trabalho em equipa com a EE em Saúde Mental tornou-se muito enriquecedor, para além de ter desenvolvido novas competências, deixou-me mais sensibilizada para esta área. Embora a saúde familiar seja diferente da saúde mental, os cuidados de enfermagem seguem caminhos que se cruzam e se complementam.

Através da formação realizada na USF B, foi possível promover e dar a conhecer os cuidados de enfermagem na área da Saúde Familiar, assim como o seu papel fundamental nos CSP. Os enfermeiros de família têm uma grande proximidade com as famílias, acompanham-nas ao longo de todo o ciclo vital, sendo essencial sensibilizar os profissionais para o sistema

familiar como unidade de cuidados. No que concerne ao EECSF, este tem competências mais específicas acerca da saúde familiar, permitindo-lhe apresentar um julgamento clínico e uma tomada de decisão, com níveis mais elevados (Ordem dos Enfermeiros , 2014).

## 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) provoca alterações no neurodesenvolvimento. Segundo Afaf Meleis, as famílias passam por uma Transição de Saúde-doença após o diagnóstico de uma patologia, como é no caso de deteção de PEA. A capacidade do sistema familiar em se unir e adaptar, facilita o processo de aceitação e mudança. O enfermeiro de família acompanha a família ao longo do ciclo vital, nomeadamente nas transições. Através da prestação de cuidados, o enfermeiro facilita a mudança e promove o funcionamento familiar. Segundo alguns estudos, estas famílias têm tendencialmente níveis mais baixos de coesão e adaptação. A Escala das FACES III permite avaliar o grau de união (coesão) e adaptação das famílias, bem como o seu funcionamento. Esta escala será aplicada nas famílias com crianças e adolescentes até aos dezoito anos, portadoras de PEA. O objetivo deste estudo é avaliar a coesão e a adaptabilidade nestes contextos familiares.

**Palavras-chave:** Perturbação do Espectro do Autismo; família; relações familiares; enfermagem familiar; cuidados de enfermagem.

### 4.1. INTRODUÇÃO

Quando surge uma doença num elemento da família, afeta os restantes membros. O sistema familiar deve introduzir novas funções e rotinas, para manter o seu funcionamento equilibrado (Kaakinen, Coehlo, Steele, & Robinson, 2018). Em Portugal, 1 em cada 1000 crianças têm PEA, esta perturbação é uma doença crónica que afeta o neurodesenvolvimento (Oliveira, 2005).

À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, a família passa por uma transição de saúde para doença, perante o diagnóstico de uma patologia (Meleis, 2010), tal como as famílias com filhos portadores de PEA. Habitualmente, o diagnóstico desta perturbação é realizado entre os 18 e os 36 meses de vida da criança (Estevinho, 2017) No entanto, há situações de diagnóstico mais tarde.

O enfermeiro de família acompanha as famílias ao longo de todo o ciclo vital, tal como nas diversas transições. Colabora nos processos de mudança e promove o seu funcionamento (Ordem dos Enfermeiros, 2014). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar (EEECSF), analisa as competências do sistema familiar em se manter unido, assim como as relações entre os membros. Este conhecimento sobre a família,

facilita o profissional na promoção da mudança, permite o suporte e apoio aos elementos do sistema familiar (Diário da República, 2018).

O Modelo Circumplexo de Sistemas Conjugais e Familiares permite compreender a dinâmica do sistema familiar, assim como o seu funcionamento, através da análise de três dimensões: a coesão, a adaptabilidade e a comunicação familiar. A Escala das FACES III foi concedida a partir deste modelo, permitindo avaliar a coesão e a adaptabilidade, através de um conjunto de perguntas acerca do quotidiano e da dinâmica familiar (Nunes, Nunes, Ferreira, & Martins, 2021).

Este estudo, tem como objetivo avaliar a coesão e adaptabilidade de famílias com crianças e adolescentes portadoras de PEA, através da aplicação de um questionário com questões sociodemográficas e aplicação da Escala das FACES III.

## 4.2. ENQUADRAMENTO

A PEA é uma perturbação do neurodesenvolvimento, provoca *déficit* de atenção, comportamentos e interesses repetitivos, dificuldade na comunicação, assim como na interação social (AACAP, 2014). A PEA pode também provocar problemas no sono (dificuldade em adormecer, sono leve, acordar cedo e apneia obstrutiva do sono), ataques (episódios de ausências, ataques com movimentos repetitivos e convulsão), distúrbios alimentares e problemas gastrointestinais (diarreia, dores abdominais e obstipação) (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

Os últimos estudos publicados em Portugal, demonstram que 1 em cada 1000 crianças sofre desta perturbação (Oliveira, 2005). Contudo, estimam-se valores superiores, como em 1000 crianças, 2 a 6 sofrem de PEA (Estevinho, 2017).

A Teoria das Transições, criada por Afaf Meleis, descreve quatro tipos de transições: desenvolvimental (mudança de etapa no ciclo vital), situacional (situações que implicam a mudança de papéis), saúde/doença (mudança do estado de saúde para o estado de doença) e organizacional (envolve o ambiente, como as mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional) (Meleis, 2010).

Os eventos críticos, as condições ambientais e os problemas de saúde num membro, podem afetar a funcionalidade do sistema familiar, bem como as suas relações. Perante estas situações, a família deverá relacionar-se e lidar com os problemas, contribuindo de forma

positiva para a sua adaptação. Caso contrário, o relacionamento familiar torna-se disfuncional (Walsh, 2016).

Quando uma criança apresenta uma deficiência, os pais apresentam mais stress devido às necessidades de adaptação das suas expectativas e pela necessidade de lidarem com as reações emocionais (Wright & Leahey, 2018). Nestas situações, as famílias necessitam de se adaptar ao estado de doença, através da reorganização de rotinas, tarefas e regras ajustadas à patologia (Meleis, 2010). Normalmente, o diagnóstico de PEA surge entre os 18 e os 36 meses de vida da criança (Estevinho, 2017). Perante este diagnóstico, a família passa por uma transição de saúde para doença.

A PEA provoca uma sobrecarga sensorial devido à hipersensibilidade a sons altos, luzes brilhantes ou odores intensos. Surgem diariamente desafios com a interação social e a comunicação, sendo necessário rotinas para ajudar a superar estas dificuldades. A previsibilidade e a estabilidade reduzem a ansiedade e o *stress*, associado às situações imprevisíveis (Zauderer, 2023).

As rotinas transmitem controlo sob o meio envolvente, reduzem a sobrecarga sensorial e fornecem conforto e um ambiente familiar. Quando as pessoas com PEA sabem o que vai ocorrer, a probabilidade de despertar um estímulo é menor, assim como a sobrecarga sensorial (Zauderer, 2023). Os acontecimentos não habituais devem ser planeados com antecedência, para que os indivíduos se possam preparar. As situações que surgem de forma inesperada, podem provocar frustração, desconforto, ansiedade e agressividade, aumentando a dificuldade na interação com o meio social (Ferraz, 2019).

Segundo a perspetiva sistémica, a família é constituída por um todo e ao mesmo tempo por partes, com características diferentes da soma das partes. “Não tendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afetarà quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar.” p. 67 (Figueiredo, 2020). Quando surge o diagnóstico de PEA, todos os elementos da família ficam afetados. No entanto, o impacto no sistema pode não ser negativo, após ocorrer a fase de adaptação da família. É importante preservar as relações saudáveis entre os membros, assim como a sua união. Por vezes, um dos maiores desafios é a falta de tempo para comunicarem e conviverem uns com os outros (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015).

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), os enfermeiros de família acompanham as famílias ao longo de todo o ciclo vital, permitindo-lhes estabelecer uma relação de proximidade com

os sistemas familiares. O enfermeiro de família presta cuidados em todas as transições de vida da família, facilitando as mudanças e promovendo o funcionamento familiar. É muito importante observar a família como um todo, atendendo ao contexto e à comunidade onde se encontram inseridos. Os cuidados de enfermagem têm como objetivo promover e restabelecer a saúde das famílias, sendo essencial para a sobrevivência da sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O sistema familiar necessita dos cuidados de enfermagem para promoção da saúde e em situações de dificuldade em manter um funcionamento adequado. Estas dificuldades podem surgir perante as transições normativas e as acidentais. As transições normativas ocorrem no decorrer do desenvolvimento do ciclo vital. As acidentais surgem de forma inesperada, como a crise conjugal, o desemprego, gravidez não desejada, aparecimento de uma doença crónica, morte de um familiar entre outras situações (Figueiredo, 2020).

O EEECSF analisa as competências do sistema familiar em se manter unido, assim como as relações entre os membros, facilitando os processos de mudança e fornecendo suporte aos elementos na sua relação com o meio envolvente. O enfermeiro compreende melhor determinados comportamentos e dinâmicas, através do conhecimento da história da família, bem como as respostas em situações complexas. A interação entre os membros, o binómio saúde/doença e o contexto ambiental, são focos de enfermagem importantes para avaliação familiar (Diário da República, 2018). Em famílias com crianças ou adolescentes portadoras de PEA, o EEECSF deve analisar a dinâmica familiar, o meio envolvente, bem como a adaptação à perturbação.

O Modelo Circumplexo de Sistemas Conjugais e Familiares surgiu no século XX. Segundo este modelo, as famílias devem adaptar-se às situações, bem como às fases do ciclo vital e à sociedade. Centra-se em três dimensões no sistema familiar: a coesão (laços afetivos, suporte, autonomia, limites externos ou internos, métodos de decisão e a união entre o sistema parental e filial), a adaptabilidade (poder, método de negociação, papéis e regras) e a comunicação (capacidade do casal e dos restantes membros do sistema familiar, comunicarem de forma positiva, entre si). A comunicação é uma dimensão que facilita a coesão e a adaptabilidade (Olson, 2000).

A Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES) III é um instrumento de avaliação familiar, sustentada pelo Modelo Circumplexo de Olson. Esta escala permite avaliar a coesão e a adaptabilidade do sistema familiar, classificando-as como equilibradas,

moderadamente equilibradas, meio-termo e extremas (Nunes, Nunes, Ferreira, & Martins, 2021). A autorização para utilização da escala encontra-se no Anexo II.

O funcionamento familiar é considerado disfuncional, perante valores de coesão e adaptação extremamente baixos ou extremamente altos, provocando dificuldades nas relações entre os elementos, assim como na adaptação às situações (Olson, 2011). Por outro lado, as famílias equilibradas têm mais recursos e capacidades para lidar com as crises, de forma mais eficaz. As famílias funcionais têm mais competências para lidar com mudanças de 2ª ordem, têm a capacidade de modificar o seu sistema para se adaptarem às crises. O funcionamento é saudável, na presença de níveis equilibrados (Olson, 2000).

Num estudo realizado em Portugal com 50 famílias com crianças e jovens autistas, os resultados demonstraram bons níveis de coesão (articulada ou ligada) e de adaptabilidade (flexíveis ou muito flexíveis), caracterizando as famílias como equilibradas e muito equilibradas (Marques & Dixe, 2010).

Numa investigação realizada na China constituída por 166 famílias com crianças portadoras de PEA, demonstrou valores mais baixos de adaptabilidade e coesão, comparativamente às famílias com crianças saudáveis. A exposição a níveis elevados de stress, aumenta o conflito no sistema familiar, influenciando a adaptabilidade e a coesão nestes agregados. Contudo, a coesão e a adaptabilidade nestas famílias podem ser influenciadas pelas diferentes culturas (Lei & Kantor, 2021).

#### 4.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quais as características sociodemográficas das famílias com crianças ou adolescentes portadoras de PEA?

Qual o nível de coesão e adaptabilidade das famílias com crianças ou adolescentes até aos dezoito anos portadoras de PEA? Como é caracterizado o funcionamento destes sistemas familiares?

#### 4.4. METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como descritivo, exploratório, transversal e de abordagem quantitativa. Tem como objetivo analisar os dados sociodemográficos e o grau de coesão e

adaptabilidade de famílias com crianças e adolescentes até aos dezoito anos, portadoras de PEA.

A Comissão de Ética do Politécnico de Leiria deu o parecer favorável para esta investigação, pedido nº 11/2024 (Anexo I). Este estudo foi realizado em duas instituições, o Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF) e o Centro de Reabilitação e Integração de Ourém (CRIO). As autorizações das instituições para realização do estudo, encontram-se no Anexo III.

Os participantes do estudo foram os cuidadores informais das crianças ou adolescentes com PEA. Para participar na investigação tinham de cumprir os seguintes critérios de inclusão: famílias com crianças ou adolescentes até aos dezoito anos de idade, portadoras de PEA, integradas no CRIO ou no CRIF e as famílias aceitarem participar no estudo. Os critérios de exclusão foram: famílias com adultos portadores de PEA e as famílias que não aceitarem participar no estudo.

A amostra deste estudo foi selecionada pelo método não probabilístico e de conveniência. As amostras não probabilísticas são muito utilizadas e possuem um caráter objetivo ou intuitivo. Permitem uma investigação mais rápida e mais económica (Vilelas, 2017). “Uma amostra por conveniência, também chamada acidental, é aquela que se obtém sem nenhum plano preconcebido, resultando as unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas” (Vilelas, 2017, p. 145). Segundo informação das instituições, existem seis famílias com critérios para participação no estudo.

A obtenção dos dados foi realizada por uma aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Saúde Familiar, através de entrevistas. Estas ocorreram em março de 2024, nas instituições do CRIO e do CRIF. As entrevistas tiveram a duração de cerca de 30 minutos e foram realizadas individualmente, numa sala de atendimento, previamente organizada. Durante a entrevista, foram asseguradas as condições de privacidade, bem como de confidencialidade de dados.

As entrevistas eram compostas por um questionário (Anexo IV) e foram aplicadas a um dos progenitores. O questionário tinha 29 perguntas, estando dividido em duas partes: avaliação dos dados sociodemográficos e aplicação da Escala das FACES III.

A primeira parte (avaliação dos dados sociodemográficos) integra questões como a idade, género, habilitações literárias, estado civil, se tem filhos, em caso afirmativo, o número de

filhos, filho com PEA e idade do respetivo filho, grau de parentesco e o número de elementos do agregado familiar.

A segunda parte (aplicação da Escala das FACES III) tem 20 perguntas, as respostas são pontuadas consoante a opção escolhida. As perguntas estão numeradas com números ímpares e pares. Os números ímpares são referentes à coesão e os números pares à adaptabilidade. As respostas são classificadas entre 1 e 5 (1 - “Nunca ou quase nunca”, 2 - “Poucas vezes”, 3 - “Às vezes”, 4 - “Com frequência” e 5 - “Quase sempre”) (Olson et al., 1985 citado por Nunes, Nunes, Ferreira, & Martins, 2021).

O somatório das respostas relativas à coesão permite classificar as famílias, como desmembrada (valor entre 10 e 20), separada (valor entre 20 e 30), ligada (valor entre 30 e 40) e emaranhada (valor entre 40 e 50). No que concerne à adaptabilidade, podemos classificar como rígida (valor entre 10 e 20), estruturada (valor entre 20 e 30), flexível (valor entre 30 e 40) e caótica (valor entre 40 e 50). Perante os valores obtidos, é possível identificar as famílias como equilibradas, moderadamente equilibradas e extremas (Olson, 2000).

Para analisar os dados colhidos na entrevista, foi utilizado o programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *Statistics*, versão 29. Este programa permitiu analisar os dados através da estatística descritiva, sendo utilizada para calcular a frequência, o mínimo, o máximo, a média e o desvio padrão. Estes dados possibilitam a caracterização da amostra e dos níveis de coesão e adaptabilidade familiar.

#### 4.5. RESULTADOS

De acordo com os objetivos delineados, a amostra é constituída por cinco famílias que pertencem ao CRIO e ao CRIF, uma família recusou participar no estudo. As entrevistas foram realizadas nas instituições e, participaram cinco mães. Assim, a amostra utilizada neste projeto de investigação integra 5 famílias.

No que concerne aos dados sociodemográficas das mães, as idades variam entre os 41 e os 56 anos, com uma média de idade de 48,5. Quanto às habilitações literárias, 60% das progenitoras têm o ensino secundário (n=3), 20% têm o 1º ciclo (n=1) e 20% têm o 3º ciclo (n=1), sendo o mais frequente o ensino secundário como habilitação.

Questionadas sobre o estado civil, uma mãe é divorciada e as restantes são casadas ou estão em união de fato (n=4). Os agregados familiares são constituídos entre 3 e 5 elementos, 20%

têm 4 membros (n=1), 40% têm 5 membros (n=2) e 40% têm 3 membros (n=2). Há um sistema familiar constituído por dois filhos, mas um dos filhos não reside com a família, daí o agregado ser constituído por 3 elementos (Tabela 1).

**Tabela 1- N° de elementos do agregado familiar e o n° de filhos das famílias em estudo**

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Média</b>
<b>N° de elementos do agregado familiar</b>			
3	2	40%	4
4	1	20%	
5	2	40%	
<b>N° de filhos</b>			
1	1	20%	2,2
2	2	40%	
3	2	40%	

Como representado na Tabela 1, todas as mães têm filhos, sendo que 20% têm 1 filho (n=1), 40% têm 2 filhos (n=2) e 40% têm 3 filhos (n=2). O número de filhos varia entre 1 e 3 e, a média é de 2,2.

Todas as famílias têm um filho com PEA e as suas idades variam entre 12 e 18 anos. O estudo abrangia crianças e adolescentes com esta perturbação, no entanto, apenas participaram famílias de adolescentes. A idade média dos adolescentes com PEA é 15,75.

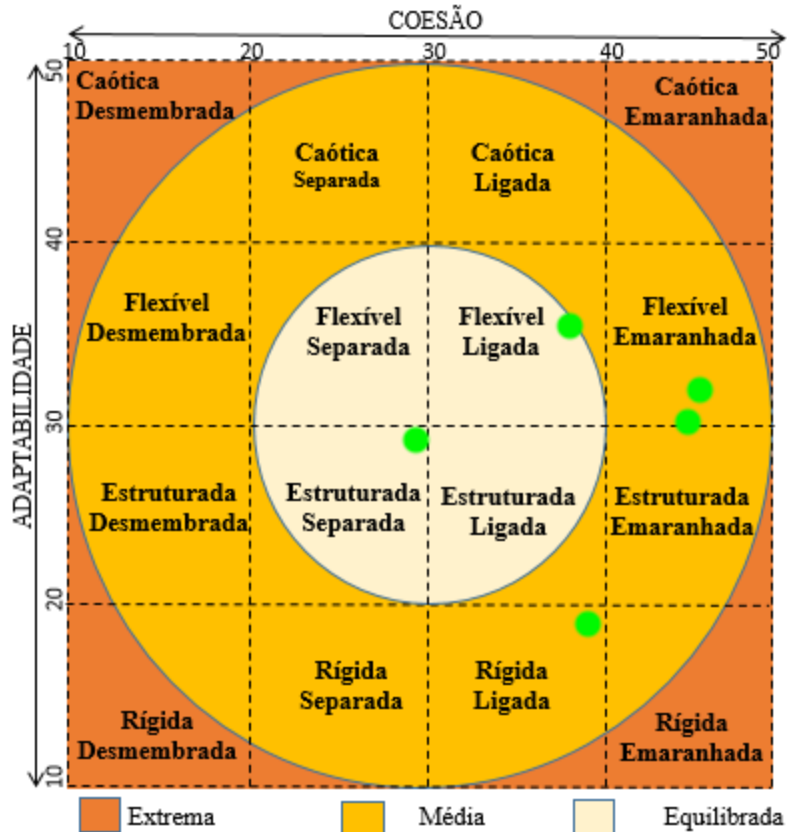
A Escala das FACES III tem como valor mínimo 10 e máximo 50, tanto para a coesão como para a adaptabilidade. Analisando os dados apresentados na tabela 2, podemos verificar que os valores de coesão destas famílias variam entre 29 (separada) e 46 (emaranhada) e os de adaptabilidade entre 19 (rígida) e 35 (flexível).

**Tabela 2- Análise descritiva das dimensões de coesão e adaptabilidade familiar**

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Coesão</b>	5	29	46	39	6,670
<b>Adaptabilidade</b>	5	19	35	28	5,830

O desvio padrão da coesão (6,670) e da adaptabilidade (5,830) são ambos elevados. Estes valores devem-se à dispersão de respostas fornecidas pelas famílias. Relativamente à coesão, temos dois valores muito dispersos (29 e 46), permitindo caracterizar estas famílias como separada (29) e a outra como emaranhada (46). No que concerne à adaptabilidade, também estamos perante uma caracterização familiar distinta. Ou seja, temos uma família considerada rígida (19) e uma flexível (35). Como podemos verificar, a dispersão de respostas das famílias é maior na coesão do que na adaptabilidade. Na figura 3, encontra-se representado

os diferentes tipos de funcionalidade das famílias participantes, permitindo também observar as diversas dinâmicas existentes, relativamente à coesão e adaptabilidade. Neste estudo não houve nenhum agregado familiar classificado como extremamente desequilibrado ou equilibrado, os tipos de funcionamento situaram-se entre equilibrado ou moderadamente equilibrado.



**Figura 3 - Classificação das famílias em estudo, segundo o Modelo Circumplexo de Olson**

Fonte: Própria elaboração, com base em Olson (2000)

Se analisarmos as médias ponderadas para cada uma das dimensões (Tabela 3), podemos verificar que as famílias em estudo, apresentam níveis maiores de coesão (3,9), comparativamente aos valores de adaptabilidade (2,8).

**Tabela 3 - Média ponderada para as dimensões de coesão e adaptabilidade familiar**

	Frequência (n)	Média ponderada
<b>Coesão</b>	5	3,9
<b>Adaptabilidade</b>	5	2,8

Os resultados deste estudo, caracterizam estas famílias como ligadas e estruturadas, tal como representado na figura 4. Segundo Olson (2000), estas famílias têm níveis de coesão moderada a alta e níveis de adaptação baixa a alta. Relativamente ao funcionamento são classificadas como equilibradas.

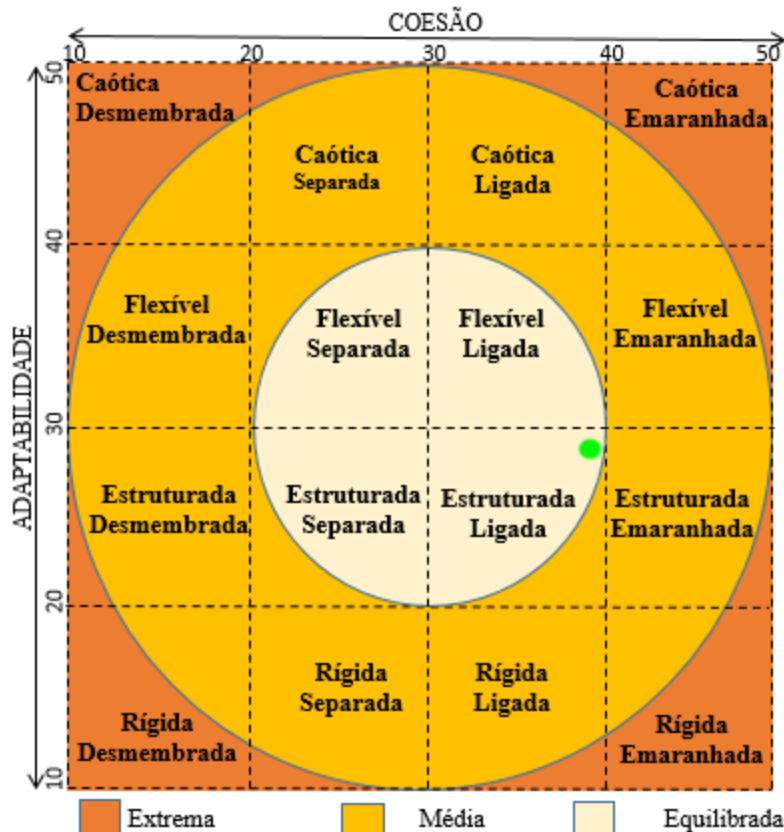


Figura 4 – Resultado da caracterização das famílias em estudo, segundo o Modelo Circumplexo de Olson

Fonte: Própria elaboração, com base em Olson (2000)

#### 4.6. DISCUSSÃO

Este estudo caracterizou o perfil sociodemográfico das famílias que participaram na investigação, identificou os seus níveis de coesão e adaptabilidade, assim como o seu funcionamento familiar.

Em Portugal, o nível de escolaridade das mulheres tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Nos anos 60, o 1º ciclo era o nível mais obtido pelo sexo feminino, no entanto, atualmente, o ensino secundário é a habilitação literária mais adquirida (Pordata, 2021). Na investigação, há uma progenitora com apenas o 1º ciclo (4ª classe) e outra mãe com o 3º ciclo concluído. No entanto, à semelhança da percentagem nacional sobre o nível de escolaridade mais elevado no sexo feminino, o ensino secundário também é a habilitação literária mais frequente nas participantes deste estudo (n=3).

Existem diversos estudos que relatam uma maior probabilidade de divórcio em famílias com filhos adolescentes e adultos portadores de PEA, em comparação às famílias com filhos saudáveis (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015). Geralmente, os casais têm mais risco de divórcio durante a infância dos filhos, independentemente do seu estado de saúde. Por essa razão, a incidência dos estudos é maior a partir da adolescência (Hartley, et al., 2010). Nesta amostra, há quatro casamentos ou uniões de fato e um divórcio. Nestas famílias, todos os filhos com PEA estão na adolescência, mas a dimensão da amostra é reduzida e as informações sobre a família também não são suficientes, para analisar e relacionar este divórcio com a PEA.

Segundo Ghanizadeh et al (2009), as crianças autistas são sujeitas a várias dificuldades, que podem interferir com a satisfação da família, e, posteriormente com a sua dinâmica. Por outro lado, um funcionamento familiar saudável, bem como a sua satisfação são essenciais nas interações entre filhos com PEA e os seus pais (Grigoropoulos, 2022). Em algumas investigações, houve famílias com filhos autistas que relataram menos qualidade de vida, mais *stress* e ansiedade devido às necessidades contínuas de cuidados (Brobst et., 2009; Brown et al., 2020; Higgins et al., 2005; Schnabel et al., 2020, citado por Bahri, Sterrett, & Lord, 2022). Os casais referem menos satisfação conjugal e relacional, aquando comparados aos casais com filhos saudáveis (Brobst et., 2009; Higgins et al., 2005, citado por Bahri, Sterrett, & Lord, 2022). Os níveis mais elevados de problemas relacionados com a saúde mental e a menor satisfação no relacionamento, foram associados às taxas de divórcio nestas famílias (Risdal & Singer, 2004; Seltzer et al., 2011, citado por Bahri, Sterrett, & Lord, 2022). Noutras pesquisas, houve famílias com relatos positivos sobre o relacionamento do casal e da família, após o diagnóstico da doença. Estas famílias descreveram mais proximidade familiar, mais tolerância, bem como compreensão entre todos os elementos e realinhamento das prioridades no sistema familiar (Walton & Tiede, 2020).

Em Portugal, a média de filhos por casal tem vindo a diminuir ao longo dos anos e, atualmente é de 0,86 (INE, 2020). Neste estudo a média é superior à nacional, 2,2 filhos por família. Quase todas as famílias têm mais do que um filho (n=4), exceto uma. É fundamental, os pais organizarem o seu tempo para conseguirem passar momentos com os restantes filhos, de forma individual. Por vezes, os pais dão mais atenção ao filho com PEA, provocando sentimentos de perda e solidão nos restantes filhos. Nem sempre é fácil os progenitores arranjam tempo para cada um dos filhos. Este período pode ser realizado de diversas formas, como numa ida às compras, durante o banho, entre outros possíveis momentos. Os

pais devem ensinar os irmãos a lidarem com a criança autista. Estudos revelam que estes irmãos se tornam “... em adultos com perspicácia, empatia e compaixão; são maduros, reconhecidos e autossuficientes; são leais em relação aos irmãos com autismo e a sua família” (Rogers, Dawson, & Vismara, 2015, p. 31).

Na escala das FACES III, as questões ímpares dizem respeito à coesão, enquanto as pares avaliam a adaptabilidade familiar. No que concerne à coesão, o valor mínimo avaliado foi de 29 (separada). As famílias separadas não têm muita proximidade entre si, os membros têm alguma lealdade na sua dinâmica e são interdependentes, mas mais independentes do que dependentes (Olson, 2000). O valor máximo obtido na coesão foi de 46 (emaranhada). Nestas famílias existe muita proximidade entre os elementos, são muito leais e têm uma relação de muita dependência (Olson, 2000). Segundo Altieri & Kluge's (2009), o emaranhamento não é tão preocupante nestas famílias, como é para as famílias com filhos saudáveis. Sugerindo benefícios nestas dinâmicas familiares, como o elevado suporte e orientação familiar. As famílias emaranhadas têm muitas rotinas, tornando-se excessivo em comparação com as necessidades de uma família saudável. No entanto, este tipo de funcionamento pode tornar-se benéfico para os filhos com PEA, tendo em conta que a perturbação luta diariamente contra pequenas mudanças no seu ambiente (Walton & Tiede, 2020).

Relativamente à adaptabilidade, existe uma família rígida com um valor de 19. Estas famílias implementam a liderança, de forma autoritária, os membros são muito disciplinados e os seus papéis raramente sofrem mudanças, assim como a restante dinâmica (Olson, 2000). O valor máximo obtido foi 35 (flexível). Nas famílias flexíveis, os membros partilham a liderança, a disciplina é implementada democraticamente, os elementos partilham os seus papéis e, perante a necessidade, permitem a ocorrência de mudanças (Olson, 2000).

A média das famílias participantes corresponde a 39 (coesão) e 28 (adaptabilidade), ou seja, têm níveis maiores de coesão do que de adaptabilidade, sendo classificadas como ligadas e estruturadas. As famílias ligadas têm uma proximidade entre moderada a alta, os membros são leais e interdependentes entre si, mas mais dependentes do que independentes. As famílias estruturadas compartilham a liderança (ocasionalmente), a disciplina adotada é um pouco democrática, os papéis são estáveis e ocorrem mudanças quando é estritamente necessário (Olson, 2000). As famílias ligadas e estruturadas são equilibradas, têm mais recursos e capacidades para lidar com situações de crise, de forma mais eficaz. Os níveis

equilibrados significam harmonia no funcionamento familiar e representam dinâmicas saudáveis (Olson, 2011).

Foi realizada uma investigação com pais sauditas para analisar o funcionamento e os pontos fortes da família, num contexto com crianças portadoras de PEA. À semelhança dos resultados obtidos no presente estudo, os participantes pertenciam maioritariamente a sistemas familiares saudáveis, verificando também mais coesão do que adaptabilidade nestes agregados (Alhuzimi, 2023). A coesão e a adaptabilidade destas famílias podem ser influenciadas por vários fatores, como as características da criança, do cuidador e da família (Lei & Kantor, 2020). No entanto, o estudo apresentado não tem dados suficientes para relacionar as características das famílias, com os níveis de coesão e adaptabilidade obtidos.

Tendencialmente, estas famílias têm níveis inferiores de coesão e de adaptabilidade, devido às necessidades que a perturbação exige diariamente (Bahri, Sterrett, & Lord, 2022). Contudo, as famílias participantes apresentam níveis de coesão e de adaptabilidade equilibrados.

O fortalecimento destas famílias promove o seu funcionamento, melhorando os níveis de coesão e adaptabilidade familiar. Quando têm apoio social apresentam níveis superiores. É essencial estas famílias funcionarem de forma saudável, pois o seu funcionamento tem impacto no sistema familiar, assim como no filho com PEA (Lei & Kantor, 2021). Os ambientes calmos e tranquilos, transmitem mais harmonia para a criança ou adolescente com a perturbação (Zauderer, 2023).

Em conjunto com a família, o EEECSF pode desenvolver várias intervenções para promover a mudança e facilitar os processos de adaptação (Diário da República, 2018). As famílias com crianças ou adolescentes portadoras de PEA, são sujeitas a uma transição de saúde complexa. Estabelecer uma parceria colaborativa com a família, providencia um maior envolvimento no processo de cuidados e incentiva os membros a adotarem as intervenções planeadas (Gottlieb, 2010).

#### 4.7. CONCLUSÃO

O estudo tinha como objetivo analisar os dados sociodemográficos das famílias com crianças e adolescentes até aos 18 anos, portadoras de PEA, bem como avaliar o seu grau de coesão e adaptabilidade. Os dados colhidos durante a investigação, permitiram cumprir os objetivos definidos.

É fundamental fortalecer o apoio às famílias com filhos portadores de PEA, para promover o funcionamento familiar. Estas famílias apresentam níveis maiores de coesão e adaptabilidade quando têm apoio social. Este apoio pode ser fornecido através da prestação de cuidados de enfermagem.

De acordo com este estudo, as famílias com adolescentes portadoras de PEA, apresentam valores equilibrados de funcionamento, mostrando níveis maiores de coesão do que de adaptabilidade. Estes aspetos podem ser influenciados por vários fatores, nomeadamente as características da criança, do cuidador e da família. Este estudo não apresentava dados suficientes sobre as características do sistema familiar, para relacioná-las com o seu funcionamento. No entanto, os resultados obtidos foram semelhantes a outras investigações realizadas.

No geral, o estudo permitiu visualizar dinâmicas familiares equilibradas. Esta investigação contribuiu para reforçar a importância de acompanhar estas famílias ao longo do ciclo vital, tendo em conta todas as necessidades exigidas pela transição, assim como pela doença. As estimativas preveem valores superiores de crianças com PEA, em relação aos últimos valores publicados. Considerando estas previsões, os enfermeiros de família devem estar preparados para lidarem com estes sistemas familiares. É importante os enfermeiros terem consciência das necessidades destas famílias, para conseguirem atuar de forma mais específica e complexa.

Existem inúmeras investigações com o objetivo de avaliarem o impacto da perturbação na dinâmica familiar. Contudo, torna-se difícil de realizar uma conclusão sobre o impacto, pois há vários fatores que influenciam as perspetivas familiares, tornando-as positivas para uns sistemas e negativas para outros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório apresenta uma reflexão e descrição sobre as competências especializadas na área da saúde familiar, desenvolvidas durante o percurso académico. Os primeiros capítulos contextualizaram os CSP, consolidando os cuidados de enfermagem com a literatura, bem como a reflexão das aprendizagens desenvolvidas. No último capítulo foi desenvolvido o projeto de investigação. Este projeto avaliou o funcionamento familiar de cinco agregados com adolescentes portadores de PEA.

O enfermeiro de família cria laços de proximidade com as famílias, acompanhando-as ao longo de todo o ciclo vital. O EEECSF presta cuidados especializados, com base em evidência científica e prática. Os modelos teóricos orientam a prática de enfermagem e permitem analisar e avaliar o funcionamento familiar. Durante a minha prática clínica, utilizei vários modelos como guias orientadores. Estes modelos aumentaram o meu campo de visão, permitindo-me observar as famílias sob outra perspetiva.

A minha atividade profissional é exercida nos CSP, facilitando a minha adaptação aos estágios. Porém, tornou-se muito enriquecedor o contacto com outra unidade, bem como a prestação de cuidados noutra população. Sem sombra de dúvida que há distinções entre as diferentes populações. Durante os estágios, a enfermeira Tânia demonstrou sempre muita disponibilidade, ajudando-me a concretizar os objetivos propostos pela unidade curricular. A nossa perspetiva muda quando somos profissionais, torna-se um trabalho de parceria.

A investigação permitiu-me analisar o funcionamento familiar de cinco agregados com filhos portadores de PEA, analisando a coesão e a adaptabilidade do sistema. Tendencialmente, estas famílias apresentam níveis mais baixos de ligação e adaptação devido às necessidades acrescidas que esta doença exige no funcionamento da família. Contudo, à semelhança de outras investigações, o presente estudo obteve valores saudáveis de funcionamento. Estas famílias foram classificadas como ligadas e estruturadas, ou seja, têm uma dinâmica equilibrada.

O EEECSF pode desempenhar um papel muito importante nestas famílias. As terapias e o seguimento da doença, são realizados por profissionais especialistas em lidar com a PEA. No que concerne aos cuidados à família, o enfermeiro tem conhecimentos e competências para ajudar o sistema familiar a lidar com esta transição de saúde para doença. Em colaboração com o agregado, o enfermeiro pode facilitar o processo de mudança, promovendo o seu funcionamento.

Após analisar o meu projeto de investigação, sinto que poderia ter colocado mais questões, como a nacionalidade e a atividade profissional. Estes aspetos poderiam ter tornado o estudo mais enriquecedor. Contudo, o tamanho da amostra era muito reduzido, não sendo possível relacionar alguns dados com o funcionamento familiar. Existe muita literatura sobre a perturbação, assim como o impacto desta doença no seio familiar e estudos com estas famílias. Há dados muito interessantes para analisar nestes contextos familiares, facilitando o processo de análise e discussão dos dados.

Outra das dificuldades prendeu-se com o tempo reduzido para a realização da investigação. Se tivesse a noção da complexidade de todo o processo, provavelmente teria iniciado mais cedo. No entanto, estou muito contente pelos resultados obtidos e com todas as aprendizagens desenvolvidas durante este percurso.

As entrevistas com as famílias foram sem dúvida muito enriquecedoras. Permitiu-me consolidar a literatura com casos reais, e verificar uma vez mais, que somos todos diferentes. Ganhei uma grande admiração por estas famílias. A PEA não é uma doença fácil de lidar no dia a dia. Porém, a forma como as famílias aceitam a patologia, faz toda a diferença na adaptação do sistema a esta transição.

A decisão de ingressar neste mestrado, surgiu pela necessidade de dar mais aos “meus” utentes, enquanto enfermeira de família. A minha perspetiva sobre os cuidados de enfermagem tem mudado ao longo deste percurso. No decorrer do mestrado surgiram algumas dificuldades, como o conciliar do ensino e do estágio, com a atividade profissional. Felizmente, encontrei profissionais que me ajudaram muito neste meu caminho, nomeadamente a enfermeira Tânia e a enfermeira Fátima. Sem a sua ajuda, o percurso traçado teria sido mais difícil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACAP. (fevereiro de 2014). *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Fonte: AACAP Official Action: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(13\)00819-8/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(13)00819-8/pdf)
- Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios familiares uma revisão sistémica*. Coimbra: Quartelo.
- Alhuzimi, T. (2023). Family Functioning and Strengths in Families of Children With Autism Spectrum Disorder in Saudi Arabia.
- Bahri, N., Sterrett, K., & Lord, C. (1 de março de 2022). Risk Factors and Pivotal Periods: Marital Status over 28 Years for Parents of Individuals with Autism.
- Bastos, T., Macedo, A., Marafona, A., Moniz, S., & Taveira, S. (2021). *Hemoglobina Glicada Anormalmente Baixa numa Utente Diabética Portadora de Hemoglobinopatia N-Baltimore – Acerca de Um Caso Clínico*. Douro: Revista Portuguesa de Diabetes.
- Benetti, I., Vieira, M., Crepaldi, M., & Schneider, D. (2013). *Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner*. Santa Catarina: Pensando Psicologia.
- BI-CSP. (2023). *Indicadores por lista de utentes de médico*.
- BI-CSP. (dezembro de 2023). SNS. Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2100491/Pages/default.aspx>
- CRI. (2021). Fonte: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Template\\_Plano-Acao-CRI.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Template_Plano-Acao-CRI.pdf)
- DGS. (2011). *Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2011). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2012). *Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c*. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (11 de maio de 2023). *Obesidade*. Fonte: SNS 24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/#o-que-e-a-obesidade>
- Diário da República . (18 de outubro de 2007). *Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro* . Fonte: Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1368-2007-629123>

Diário da República . (agosto de 2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto*. Fonte:  
Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Diário da República . (5 de dezembro de 2023). *Despacho n.º 12456-B/2023, de 5 de dezembro*. Fonte: Diário da República :  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12456-b-2023-225283582>

Diário da República. (16 de junho de 2010). *Diário da República, 1.a série—N.o 115—16 de Junho de 2010*. Fonte: Segurança Social: [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13168/DL\\_70\\_2010/396c9962-c765-416b-b0ce-79279b84a5cd/396c9962-c765-416b-b0ce-79279b84a5cd](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13168/DL_70_2010/396c9962-c765-416b-b0ce-79279b84a5cd/396c9962-c765-416b-b0ce-79279b84a5cd)

Diário da República. (16 de julho de 2018). *Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018*. Fonte: Ordem dos enfermeiros:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Diário da República. (6 de fevereiro de 2019). *Diário da República*. Fonte: Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República. (7 de novembro de 2023). *Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro*. Fonte: Diário da República:  
<https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2023/11/21500.pdf>

Diário da República. (5 de dezembro de 2023). *Portaria nº4111-A/2023, de 5 de dezembro*. Fonte: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>

DIA-00202. (maio de 2021). *Entender a diabetes*. Fonte: Controlar a diabetes:  
<https://controlaradiabetes.pt/entender-a-diabetes/diabetes-mellitus-tipo-1>

DQS, & DGS. (2023). *Manual de Standards - Unidades de Gestão Clínica*. Lisboa: Infofluxos - Edição e Comunicação, Lda.

Duarte, V. (setembro de 2016). *Caminhos para a Diminuição da Mortalidade Infantil: O Caso de Sucesso Português*. Lisboa.

Estevinho, M. (24 de julho de 2017). *Perturbação do Espectro do Autismo*. p. 3.

Faria, D. (12 de fevereiro de 2021). *Diabetes: antidiabéticos e tipos de insulina*. Fonte: Hospital da Luz: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/diabetes-antidiabeticos-tipos-de-insulina>

- Fernandes, S. (2023). *Mereces (muito) mais do que aquilo que sonhas*. Lisboa: Planeta.
- Ferraz, C. (2019). *O sistema de rotinas no Jardim de infância de uma criança com Autismo – O mural do João*. Coimbra.
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Almargem do Bispo: Sabooks.
- Fonseca, R., Alves, B., Valente, L., Gabriel, T., & Jardim, B. (2022). *Perfil Local de Saúde - ACES Pinhal Litoral*.
- Gau, S., Chou, M.-C., Chiang, H., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-J., & Wu, Y.-Y. (janeiro a março de 2012). *Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism*. Fonte: ScienceDirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946711000900>
- Gottlieb, L. (2010). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. São Francisco, Califórnia: Lusodidacta.
- Grigoropoulos, I. (15 de março de 2022). The influence of family's cohesion and adaptability in family satisfaction of parents with a child with autism spectrum disorder.
- Guimaraes, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro.
- Hanson, S. (2004). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Lusodidacta.
- Hartley, S., Barker, E., Seltzer, M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., & Bolt, D. (1 de agosto de 2010). The Relative Risk and Timing of Divorce in Families of Children with an Autism Spectrum Disorder.
- IFNA. (2015). *Declaração da IFNA sobre as competências práticas avançadas para a enfermagem de família*. Associação Internacional de Enfermagem de Família.
- INE. (2020). *Instituto Nacional de Estatística*. Fonte: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=415655178&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=415655178&DESTAQUESmodo=2)

- INFARMED. (2003). *Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril Cria a rede de cuidados de saúde primários.* Fonte: INFARMED:  
[https://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/decreto\\_lei\\_2060-2003.pdf](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/decreto_lei_2060-2003.pdf)
- Kaakinen, J., Coehlo, D., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing 6th Edition.* DavisPlus.
- Lei, X., & Kantor, J. (2020). Study on Family Cohesion and Adaptability of Caregivers of Children with ASD and Its Influencing Factors.
- Lei, X., & Kantor, J. (28 de março de 2021). Social Support and Family Functioning in Chinese Families of Children with Autism Spectrum Disorder.
- Marques, M., & Dixe, M. (11 de agosto de 2010). Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. p. 70.
- Marques, M., & Dixe, M. A. (11 de agosto de 2010). Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais.
- McWilliam, R. (2012). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais.* Portugal: Porto Editora.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice.* Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários.* Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Ministério da Saúde. (22 de outubro de 2007). Fonte: Diário da República Eletrónico:  
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>
- MSD. (maio de 2021). Fonte: Controlar a diabetes:  
[https://www.controlardiabetes.pt/uploads/Avaliação\\_Risco\\_Diabetes\\_Tipo\\_2.pdf](https://www.controlardiabetes.pt/uploads/Avaliação_Risco_Diabetes_Tipo_2.pdf)
- Nunes, C., Nunes, L., Ferreira, L., & Martins, C. (26 de fevereiro de 2021). Características Psicométricas e Estrutura Fatorial da FACES III numa Amostra de Famílias em Risco Psicossocial . p. 15.
- Oliveira, G. (2005). *Epidemiologia do Autismo em Portugal.* Fonte: Repositório científico da Universidade de Coimbra: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/848>
- Olson, D. (2000). *Circumplex Model of Marital and Family Systems.*

- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 64 - 80.
- OMS. (s.d.). *World Health Organization*. Fonte: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Ordem dos Enfermeiros . (2014). *Dia Internacional da Família 2014*. Fonte: Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-2014/>
- Ordem dos Enfermeiros. (agosto de 1996). Fonte: Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. Fonte: Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-enfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Fonte: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Fonte: Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (13 de janeiro de 2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021*. Fonte: Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- PGDL. (10 de maio de 1999). Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.
- PORDATA. (2021). Fonte: PORDATA: <https://www.pordata.pt>
- PORDATA. (2022). Fonte: PORDATA: <https://www.pordata.pt>
- Reis, M., Reis, J., & Ferreira, S. (2020). *Caraterização de Hipertensos seguidos numa USF do Distrito de Setúbal*. Corrois: Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular.

- Rogers, S., Dawson, G., & Vismara, L. (2015). *Autismo: compreender e agir em família*. Lisboa: Lidel.
- Silva, C., Pereira, D., Almeida, D., & Venâncio, M. (2014). *Pé diabético e avaliação do risco de ulceração*. Revista de Enfermagem Referência.
- SNS. (28 de setembro de 2020). *Covid-19 | Disseminação em Portugal*. Fonte: SNS: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/28/covid-19-disseminacao-em-portugal/>
- SNS. (2021). Fonte: Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/05/04/criacao-de-usf-em-2021/>
- Sociedade Portuguesa de Oncologia. (10 de janeiro de 2023). *Rastreios oncológicos*. Fonte: SNS24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/rastreios-oncologicos/>
- USF. (2022). *Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem*.
- USF-AN. (2018). Fonte: Unidade de Saúde Familiar - Associação Nacional: <https://www.usf-an.pt/momento-atual/utentes/>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento: 3ª edição*. Edições Sílabo.
- Walsh, F. (2016). *Normal Family Process - Growing Diversity and Complexity*. Nova Iorque: Paperback .
- Walton, K., & Tiede, G. (2 de fevereiro de 2020). Brief report: Does “healthy” family functioning look different for families who have a child with autism?
- Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias - Guia para Avaliação e Intervenção na Família - 5ª edição*. Roca.
- Zauderer, S. (19 de setembro de 2023). *Autism Routines: Why Children With ASD Like Routines*. Fonte: Cross River Therapy: <https://www.crossrivertherapy.com/autism/routines>

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I - PROCESSO DE ENFERMAGEM



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**PROCESSO DE ENFERMAGEM – MODELO  
CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

Rute Isabel Simões Pereira, nº 5220238

Leiria, 7 de julho de 2023





Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**PROCESSO DE ENFERMAGEM – MODELO  
CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA**

Rute Isabel Simões Pereira, nº 5220238

**Docente:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Célia Jordão

**Supervisor Clínico:** Enf<sup>ª</sup> Mestre Tânia Jordão

Leiria, 7 de julho de 2023

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diárias

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

IMC - Índice de Massa Corporal

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>1. COLHEITA DE DADOS DA FAMÍLIA “FERREIRA” .....</b>	<b>7</b>
1.1. IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS .....	7
<b>2. APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR NA FAMÍLIA “FERREIRA” .....</b>	<b>9</b>
2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL .....	9
2.1.1. Estrutura interna .....	9
2.1.2. Estrutura externa .....	9
2.1.3. Contexto .....	10
2.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO .....	11
2.2.1. Estádio do ciclo vital .....	11
2.2.2. Tarefas .....	11
2.2.3. Vínculos afetivos .....	12
2.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	12
2.3.1. Funcionamento instrumental .....	12
2.3.2. Funcionamento expressivo .....	14
<b>3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>16</b>
3.1. DIMENSÃO ESTRUTURAL.....	16
3.2. DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO .....	17
3.3. DIMENSÃO FUNCIONAL.....	20
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>23</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>I</b>
APÊNDICE I – GENOGRAMA DA FAMÍLIA “FERREIRA” .....	II
APÊNDICE II – ECOMAPA DA FAMÍLIA “FERREIRA” .....	IV
<b>ANEXOS .....</b>	<b>VI</b>

ANEXO I – ESCALA DE GRAFFAR ADAPTADO .....	VII
ANEXO II – ESCALA DAS FACES II: VERSÃO PORTUGUESA DE OTÍLIA FERNANDES .....	IX
ANEXO III – ESCALA DE APGAR FAMILIAR .....	XIII
ANEXO IV – TABELA DO IMC.....	XV
ANEXO V – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS 2 AOS 20 ANOS .....	XVII
ANEXO VI – PESO DOS 0 AOS 24 MESES .....	XIX

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Precaução de Segurança Não demonstrado .....	16
Tabela 2 - Animal doméstico Negligenciado .....	17
Tabela 3 - Planeamento Familiar Ineficaz.....	17
Tabela 4 - Uso de contraceptivos Comprometido .....	18
Tabela 5 - Papel Parental Comprometido .....	18
Tabela 6 - Comunicação Familiar Comprometida .....	20
Tabela 7 - Papéis Familiares Não eficaz .....	20

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico (EC) II de Enfermagem de Cuidados à Família, integrado no 1º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), foi proposta a realização de um Processo de Enfermagem. Este trabalho foi elaborado sob a orientação da docente Prof. Doutora Célia Jordão e da Enfermeira Mestre Tânia Jordão. O EC II teve início a 12 de junho e término a 14 de julho, foi realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) B no Polo 2, sob supervisão clínica da Enf<sup>a</sup> Mestre Tânia Jordão.

Ao longo do desenvolvimento do Processo de Enfermagem, a USF será denominada como USF B e Polo como Polo 2, para assegurar a confidencialidade de dados e preservação da privacidade da unidade.

O Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar tem competências para cuidar da família como uma unidade de cuidados, assim como de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, atuando nos diferentes níveis de prevenção (Diário da República, 2018). Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), é importante os enfermeiros entenderem de forma aprofundada a prestação de cuidados que é exercida ao longo do ciclo vital da família, para que possam reconhecer a unidade familiar como principal alvo dos seus cuidados (Figueiredo, 2020).

O presente trabalho deverá apresentar o Processo de Enfermagem, com aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) a uma família. O MCAF é utilizado para avaliação familiar, é constituído por uma estrutura organizada e foi criado para trabalhar com as famílias, com o objetivo de as ajudar a resolver os seus problemas (Wright & Leahey, 2018).

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos:

- 1º capítulo: colheita de dados da família, bem como a identificação dos membros;
- 2º capítulo: aplicação e desenvolvimento do MCAF na família;
- 3º capítulo: elaboração de um Plano de Cuidados de Enfermagem para a família.

Por último, apresentarei uma breve conclusão com os conhecimentos adquiridos e dificuldades sentidas no EC.

## **1. COLHEITA DE DADOS DA FAMÍLIA “FERREIRA”**

Inicia-se a colheita de dados, quando o enfermeiro pretende conhecer os problemas e tem necessidade de entender as questões, antes de tomar a decisão de como agir. Na recolha de informação, é necessário conhecimento sobre o quê, o quando e como perguntar, assim como observar. Por outro lado, a informação partilhada pela família, pode influenciar a qualidade da informação obtida (Gottlieb, 2016).

Os dados recolhidos, tiveram o consentimento prévio da família “Ferreira”. As siglas representam os diferentes membros e são fictícias, assim como o apelido familiar, de modo a salvaguardar agregado familiar.

### **1.1. IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS**

A família “Ferreira” pertence à USF B. O agregado familiar reside no concelho desta unidade, num primeiro andar de uma casa alugada.

O casal vive há 10 anos juntos em união de fato, têm duas crianças resultantes deste relacionamento. A L nasceu em 1990 e o H nasceu em 1981. O primeiro filho nasceu em 2015 (T) e o segundo em 2022 (J). A esposa teve dois abortos: um antes do nascimento do T e outro após o nascimento do T.

A L tem 33 anos, realizou a escolaridade até ao 9º ano e trabalha numa fábrica. Tem como antecedentes pessoais: obesidade, depressão pós-parto e fumadora. Tem como antecedentes obstétricos: dois abortos e dois partos de termo. A depressão pós-parto surgiu após o primeiro aborto, com 24 semanas de gestação, e foi uma interrupção médica devido à malformação. Os acontecimentos marcantes na sua vida foram: o nascimento dos filhos e o primeiro aborto.

O H tem 41 anos, realizou a escolaridade até ao 9º ano e trabalha numa empresa de águas. Normalmente, trabalha fora da área de residência durante a semana e regressa ao fim de semana. Tem como antecedentes pessoais: fumador. Os acontecimentos marcantes na sua vida foi o nascimento dos filhos.

O T tem 8 anos e terminou o 2º ano. Tem como antecedentes pessoais: défice de atenção e obesidade, sendo acompanhado na Consulta de Nutrição pelo CHL (Centro Hospitalar de Leiria). A médica de família, referenciou o T para o serviço hospitalar devido ao défice de atenção. Os acontecimentos marcantes na sua vida foram: o nascimento do irmão e a ausência do pai durante a semana.

O J tem 6 meses de vida. Segundo a mãe, a gravidez e o parto decorreram sem intercorrências. Após o parto, o bebé teve dificuldade com a amamentação. Contudo, esta dificuldade foi superada com a ajuda da enfermeira e da médica de família. Durante o dia, o J está aos cuidados da tia paterna, enquanto aguarda vaga na creche.

## **2. APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR NA FAMÍLIA “FERREIRA”**

### **2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL**

A avaliação estrutural de uma família, implica analisar o vínculo entre os elementos e com outros indivíduos, bem como a contextualização dessas ligações. Nesta avaliação é observada a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto (Wright & Leahey, 2018).

#### **2.1.1. Estrutura interna**

A família “Ferreira” é uma família nuclear constituída por um casal e dois filhos pequenos. A L é do sexo feminino e os restantes membros são do sexo masculino. A orientação sexual do casal é a heterossexualidade. O H nasceu em 1981, a L em 1990, o T em 2015 e o J em 2022. A família é composta pelo subsistema individual, o subsistema conjugal, o subsistema paternal, o subsistema filial e o subsistema fraternal. Os limites definidos nesta família, variam entre difusos e permeáveis. Por exemplo, a mãe refere: “O T pode utilizar o telemóvel diariamente durante 30 minutos”. Na prática, a L não controla o tempo de utilização do telemóvel e, o filho refere que não cumpre o tempo definido. “À medida que os limites se tornam difusos, diminui a diferenciação do sistema familiar” (Wright & Leahey, 2018, p. 63).

#### **2.1.2. Estrutura externa**

A estrutura externa é composta pela família extensa (família de origem e família de procriação) e os sistemas mais amplos. O Genograma e o Ecomapa são instrumentos representativos da estrutura externa. O Genograma representa a estrutura familiar, as suas relações entre os membros e a família de origem, bem como as patologias. O Ecomapa representa as relações da família com o contexto externo, tanto as sociais como as familiares.

A família nuclear tem uma relação de amor entre os membros. Apesar do J ser bebé, o T considera o irmão como o seu melhor amigo. A L, o T e o J convivem todos os dias, pois vivem juntos. O H está ausente durante a semana, mas regressa ao fim de semana. O agregado familiar é também composto por um animal de estimação (cão), havendo um relação de proximidade com este.

A família extensa é composta pelos pais do H (M e A) e pelos pais e irmã da L (A, F e R). O H tem uma relação de harmonia com o pai, a mãe morreu num acidente de viação em 2013. O H tem como antecedentes familiares a Diabetes. A L tem como antecedentes familiares a

Hipertensão Arterial e o Cancro. Em apêndice, encontra-se o Genograma da Família Ferreira (Apêndice I).

A L tem uma relação conflituosa com o sogro e, esta relação de conflito gera uma relação de distância do avô com as crianças. A L, o T e o J têm uma relação de proximidade e amizade com a família materna (A e F), sendo frequente, os netos ficarem ao cuidado dos avós maternos. O H tem uma relação de harmonia com os sogros. Semanalmente, têm contato por via internet com a irmã da L, pois reside no estrangeiro. Os relacionamentos da família, encontram-se também representados no Genograma.

No sistema amplo, a tia paterna do cuida do J, e mantêm uma relação de proximidade. .a família tem uma relação de proximidade com as atividades de lazer que realizam todos os fins de semana. Os pais têm uma relação de harmonia com a atividade profissional. O emprego do pai também tem influência no T, pois a criança refere tristeza pela ausência do progenitor durante a semana. O T tem uma relação de harmonia com a instituição de ensino, mostra interesse e gosto em ir à escola primária. Após o horário escolar, o T joga futebol três vezes por semana, tendo uma relação de proximidade com a atividade desportiva. O casal tem uma relação de proximidade com os amigos, costumam planear convívios e passeios. O H tem por hábito espaiar no café, tendo uma relação de proximidade com o estabelecimento. Frequentemente, os membros têm contato com a enfermeira de família, existindo uma relação de confiança e proximidade. Têm sido realizadas Consultas de Saúde Infantil ao J e ao T, e a L tem com regularidade Consulta de Planeamento Familiar. O T tem uma relação de harmonia com a Nutricionista do CHL. Em apêndice, encontra-se o Ecomapa da família, com representação das suas relações com o sistema amplo (Apêndice II).

### **2.1.3. Contexto**

Os membros da família nasceram em Portugal (portugueses), são de raça caucasiana e não têm etnia. A religião da família é Católica, mas não são praticantes.

A Escala de Graffar Adaptado, avalia as condições socioeconómicas e identifica a classe social da família. “Permite prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial” (Figueiredo, 2020, p. 16).

Os pais têm a escolaridade até ao 9º ano, são trabalhadores indiferenciados e os seus vencimentos são certos. A habitação localiza-se numa zona intermédia e apresenta bom estado de conservação. É constituída por cozinha, sala, dois quartos e casa de banho, e está equipada

com os eletrodomésticos essenciais para o dia a dia. O aquecimento da habitação é realizado através da lareira e de aquecedores, o abastecimento de água é realizado pela rede pública, o abastecimento de gás é por botija e o tratamento de resíduos é realizada em rede pública.

Segundo a Escala de Graffar Adaptado, a família Ferreira pertence à classe média (pontuação de 17). Em anexo, encontra-se a escala preenchida pela L e pelo T (Anexo I).

A família tem um animal doméstico (cão) que está vacinado e é desparasitado uma vez por ano. A vacinação foi realizada conforme o plano preconizado, no entanto, a desparasitação é recomendada três vezes por ano (Figueiredo, 2020).

## **2.2.AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO**

A avaliação de desenvolvimento familiar, é realizada através da identificação da fase do ciclo vital, o processo emocional de transição e as mudanças de segunda ordem (Wright & Leahey, 2018).

### **2.2.1. Estadio do ciclo vital**

Segundo Carter e Goldrick, a família encontra-se na terceira fase do ciclo vital: família com filhos pequenos. Nesta etapa, os adultos assumem a responsabilidade pela geração mais jovem. O sistema conjugal precisa de se unir na educação dos filhos, bem como a nível financeiro e nas tarefas domésticas. Os relacionamentos com as famílias extensas, restabelecem-se e passam a incluir os papéis dos avós. A vivência do casal, com a respetiva família de origem, pode influenciar a formação da família (Wright & Leahey, 2018).

No sistema informático (SClínico), o modelo utilizado para identificar o ciclo vital da família é do Duvall. Segundo este modelo, a família encontra-se na 4ª fase (família com filhos em idade escolar).

### **2.2.2. Tarefas**

A L demonstra insatisfação na divisão e partilha das tarefas, sente-se sobrecarregada e cansada. Durante a semana o marido está ausente, provocando uma sobrecarga na L. Contudo, o H não costuma participar nos trabalhos domésticos ao fim de semana. O T ajuda a mãe em algumas tarefas, como nos cuidados ao irmão e a arrumar os brinquedos.

Os pais apresentam algumas dificuldades, nomeadamente na adequação do padrão alimentar e da ingestão hídrica. Na escola, o J tem uma alimentação variada e equilibrada. Em casa, a alimentação não é saudável, a mãe refere cansaço e falta de tempo para confeccionar refeições

mais saudáveis e completas. Há pouco tempo, o J iniciou a introdução alimentar, e em consulta fornecemos um folheto informativo e explicámos quais os alimentos a iniciar, bem como os cuidados a ter.

### **2.2.3. Vínculos afetivos**

A L e o H demonstram-se insatisfeitos pelo tempo que passam juntos. No que concerne à comunicação entre o casal, a L sente-se insatisfeita, referindo falta de expressão do marido sobre os seus sentimentos, embora este se sinta satisfeito com a comunicação utilizada. “A satisfação do casal centra-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, percecionada como apoiante na suas múltiplas vertentes, que se interligam” (Figueiredo, 2020, p. 80).

O casal não costuma conversar sobre as expectativas e receios de cada um e, esta falta de comunicação, gera conflitos na díade. No entanto, a L menciona que conseguem resolver os problemas, mesmo em situações de discordância. Observando o casal individualmente, é perceptível a dificuldade do H em expressar os seus sentimentos. Apesar das dificuldades sentidas pelo casal, os membros apresentam vínculos fortes de amor.

O T refere ser mais fácil comunicar com a mãe sobre as suas emoções e sentimentos. Estes têm um vínculo forte e uma ligação de proximidade, com o pai também tem uma relação de proximidade, e descreve-o como um ídolo.

O J estabelece vínculos fortes de proximidade com os membros da família, inclusive com a tia paterna, que cuida da criança durante a semana.

## **2.3.AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

### **2.3.1. Funcionamento instrumental**

O funcionamento instrumental da família é referente às atividades de vida diárias, como a manutenção do ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestir-se, controlo da temperatura corporal, mobilização, trabalho e atividades de lazer, expressão da sexualidade, sono e repouso e morte (Wright & Leahey, 2018).

A habitação localiza-se num primeiro andar de uma casa, é constituída por dois quartos, uma casa de banho, uma sala, uma cozinha e uma dispensa. As escadas exteriores permitem o acesso à casa, e são constituídas por gradeamento de proteção e cancela. O domicílio contém algumas condições arquitetónicas que interferem na manutenção do ambiente seguro. Estas condições

têm um risco mais elevado para o bebé, nomeadamente a falta de proteção nas tomadas elétricas, nas esquinas dos móveis e nas mesas. Para além destas barreiras arquitetónicas, o J dorme com o irmão, por falta de espaço nos quartos para o berço. Como meio de transporte, utilizam o carro, e nas viagens utilizam o cinto de segurança para proteção. As crianças são transportadas segundo as recomendações fornecidas pela segurança rodoviária. O casal costuma sentar os filhos no banco de trás, o T utiliza a cadeira III (dos 22 aos 36 kg e com menos de 1,5 m) e o J é transportado numa cadeira de grupo 0+ (até aos 13 kg) com as costas viradas para o condutor.

Os membros da família, apresentam um padrão respiratório eficaz em períodos de repouso e de atividade, não têm problemas respiratórios.

Na alimentação, o casal é independente no comer e beber. Estes preparam as refeições para as crianças, sendo que o T se alimenta sozinho e o J necessita dos familiares para lhe fornecerem os alimentos.

Na eliminação, os pais e o T são independentes, não têm dificuldade na eliminação vesical e intestinal. O J é dependente, apesar de não ter dificuldade na eliminação, necessita dos membros para a mudança da fralda.

Na higiene pessoal e no vestir-se, o casal é autónomo. O T é dependente em grau reduzido, pois necessita de vigilância dos pais na higiene e para ajudar na seleção da roupa. Na higiene oral, o T tem apresentado alguns descuidos, pois é frequente não realizar a higienização dos dentes. A criança não apresenta cáries, no entanto, a mãe foi informada dos cuidados a ter para prevenir essa situação. Os enfermeiros da Saúde Escolar forneceram o cheque dentista para consulta dentária, visando a prevenção da deterioração dos dentes. O J é dependente em grau elevado, porque necessita dos pais para realização da higiene e para vestir. A família realiza a higiene diariamente, e o vestuário utilizado apresenta-se limpo, cuidado e adaptado à temperatura ambiental.

O casal tem conhecimento sobre as medidas para controlo da temperatura corporal. Por vezes, as crianças apresentam picos febris, causados por reações às vacinas e a infeções virais ou bacterianas.

Os progenitores e o T mobilizam-se de forma independente. O J realiza alguns movimentos, como rebolar, virar-se e consegue ter o controlo da cabeça. Quando colocado de pé, estica as pernas e faz força para se manter de pé.

Durante a semana, os pais exercem a sua atividade profissional. O T está na escola primária e o J está em casa da tia do H. Ao fim de semana, a família realiza algumas atividades de lazer, como passear, brincar no jardim e estar com amigos.

O sono e o repouso variam durante a semana e ao fim de semana. Durante a semana, a família tem por hábito deitar-se cedo, e ao fim de semana, deitam-se mais tarde. Ao longo do dia, o J realiza diversas sestas. Ultimamente, o J tem acordado mais vezes durante a noite e o T demonstra-se um pouco incomodado com essa situação.

Relativamente à expressão sexual, o casal é heterossexual. Estes utilizam como método contraceptivo, o anel vaginal. A última gravidez não foi planeada, devido à incorreta utilização do contraceptivo e por falta de utilização da contraceção de emergência para prevenir a gravidez.

A morte é uma situação, com a qual a família teve contato (morte da mãe do H). Contudo, não foi possível abordar este tema nas consultas.

### **2.3.2. Funcionamento expressivo**

O funcionamento expressivo avalia o funcionamento da família em nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões (Wright & Leahey, 2018).

Na família, a L é o membro com mais facilidade para expressar os seus sentimentos. O T e a L, demonstram insatisfação pelo forma como os membros se expressam, no entanto, referem que aceitam esta situação. Por vezes, o H não é claro e direto no discurso, há falta de clarificação na comunicação verbal e não verbal em contexto familiar. A falta de comunicação clara no H tem impacto no seio familiar. Consequentemente, a L menciona ser mais fácil comunicar com elementos externos ao agregado familiar.

Normalmente, a matriarca toma a iniciativa para resolver as dificuldades vivenciadas no dia a dia, tem um papel muito ativo e presente. Quando existe algum conflito entre os membros, estes tentam resolvê-los e sentem-se confortáveis pela forma como os discutem. A família utiliza recursos externos para resolver os seus problemas, nomeadamente a família extensa, os amigos e as instituições de saúde. Por exemplo, a L tinha dificuldade em alimentar o bebé e recorreram à USF B para serem ajudados.

Os papéis familiares têm impacto na interação, nas funções e na organização do sistema familiar. O casal realiza o papel de provedor, ou seja, dão entrada de bens financeiros através

das suas atividades profissionais. Normalmente, a L trata das tarefas domésticas e realiza a gestão financeira, através do pagamento das contas, assumindo o papel de gestora financeira e de cuidado doméstico. A esposa encontra-se cansada com o seu papel de cuidado doméstico, descreve como exaustivo. O marido costuma tomar a iniciativa para as atividades de lazer e promove o contato com a família extensa e amigos, assumindo o papel recreativo e de parente. O marido está satisfeito com os papéis atribuídos. Porém, a L gostava que o marido fosse mais participativo nas atividades domésticas.

Na família “Ferreira”, a L é o membro com mais poder no agregado, assumindo o papel de líder. Não foi possível avaliar a satisfação dos membros, relativamente a esta liderança.

A Escala das FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein, foram utilizados como instrumentos para avaliação da família.

O questionário composto pela Escala das FACES II foi aplicada apenas à L, pois o marido não compareceu nas sessões familiares. Esta escala permite avaliar a coesão e adaptabilidade da família. Segundo esta escala, a família é considerada como: separada (59 valores) e flexível (47 valores) “As famílias que se encontram nos níveis centrais de coesão (separada e ligada) possuem um bom funcionamento familiar...” (Figueiredo, 2020, p. 21). “Tal como acontece na coesão, os níveis centrais de adaptabilidade (estruturada e flexível) produzem um melhor funcionamento familiar” (Figueiredo, 2020, p. 21). Perante as respostas fornecidas pela L, a família é moderadamente equilibrada (4,5 valores). Em anexo, encontra-se a escala preenchida (Anexo II).

A Escala de APGAR Familiar de Smilkstein foi aplicada à L e ao T. Esta escala permite aos elementos transmitirem o grau de satisfação, relativamente aos parâmetros básicos da função familiar. A perceção de cada membro possibilita a caracterização da família, como altamente funcional, moderada disfunção e acentuada disfunção (Figueiredo, 2020). Segundo a escala, a família “Ferreira” é considerada moderadamente disfuncional (Anexo III).

A família “Ferreira” utiliza as crenças religiosas, como facilitador nas transições acidentais. Durante as sessões, a L utilizava a expressão: “Seja como Deus quiser.” Têm também crenças relativas às intervenções dos profissionais de saúde. A família tem expectativas acerca dos cuidados prestados, como contributo para a saúde familiar.

### 3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O Plano de Cuidados de Enfermagem foi elaborado em conjunto com a família, no final do primeiro Ensino Clínico e teve continuidade até ao final do segundo. Ao longo das semanas, o plano foi sofrendo algumas alterações.

Este plano encontra-se dividido em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Apresenta intervenções dirigidas à família, bem como a avaliação dos resultados obtidos.

Os termos utilizados fazem parte da terminologia descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, também foi utilizado como recurso para elaboração do plano.

#### 3.1. DIMENSÃO ESTRUTURAL

Tabela 1- Precaução de Segurança Não demonstrado

<b>Foco</b>	Precaução de Segurança
<b>Juízo</b>	Não demonstrado
<b>Critérios de diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de proteção nas tomadas elétricas, nas esquinas das mesas e dos móveis;</li> <li>- O J dorme com o irmão, porque não tem berço;</li> <li>- Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras descritas.</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	Precaução de Segurança Não demonstrado
<b>Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar os pais sobre medidas de segurança, como colocar protetores nas tomadas elétricas, esquinas dos móveis e das mesas;</li> <li>- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes;</li> <li>- Explicar a importância da utilização do berço no J;</li> <li>- Incentivar a estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas;</li> <li>- Informar sobre os riscos associados à partilha da cama com o J.</li> </ul>

#### Avaliação dos resultados obtidos:

A habitação tinha algumas condições arquitetónicas, que podiam comprometer a segurança da família, principalmente do J. Não havia protetores nas tomadas elétricas, nas esquinas dos móveis e das mesas. Outra condição de risco é o J dormir com o T, por falta de espaço na casa para a colocação do berço.

Mais tarde, os pais colocaram proteções nas tomadas elétricas, nos móveis e nas mesas. Relativamente à cama do J, discutimos várias ideias, como colocar um berço na sala. Na última sessão, a L mencionou que estavam a tentar resolver a situação. Informámos a mãe dos riscos associados à partilha da cama com o bebé.

Nas consultas foram abordadas mais formas de prevenção de acidentes. Aos seis meses de vida, os bebés exploram os objetos com a boca. Sugerimos a L fornecer brinquedos macios, facilmente laváveis e maiores do que uma moeda de dois euros ao J, para não correr o risco de serem engolidos ou aspirados. Assim como, evitar também a utilização de pulseiras ou colares no J.

**Tabela 2 - Animal doméstico Negligenciado**

<b>Foco</b>	Animal doméstico
<b>Juízo</b>	Negligenciado
<b>Critérios de diagnóstico</b>	- Animal desparasitado apenas um vez por ano; - Conhecimento não demonstrado sobre a desparasitação do animal.
<b>Diagnóstico</b>	Animal doméstico Negligenciado
<b>Intervenções</b>	- Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico; - Explicar a importância da desparasitação; - Incentivar a desparasitação.

**Avaliação dos resultados obtidos:**

A família não tinha conhecimento sobre a necessidade de desparasitar o cão três vezes por ano, realizavam apenas uma desparasitação anualmente. Demonstram interesse e preocupação em adicionar as duas desparasitações.

### 3.2. DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

**Tabela 3 - Planeamento Familiar Ineficaz**

<b>Foco</b>	Planeamento Familiar
<b>Juízo</b>	Ineficaz
<b>Critérios de diagnóstico</b>	- Gravidez não planeada do J.
<b>Diagnóstico</b>	Planeamento Familiar Ineficaz
<b>Intervenções</b>	- Incentivar o uso de contraceutivo; - Providenciar contraceutivo (anel vaginal); - Ensinar o casal sobre reprodução; - Ensinar sobre planeamento familiar; - Explicar ao casal os riscos associados a uma gravidez não planeada.

**Tabela 4 - Uso de contraceptivos Comprometido**

<b>Foco</b>	Uso de contraceptivos
<b>Juízo</b>	Comprometido
<b>Crítérios de diagnóstico</b>	- O casal não demonstra conhecimento sobre os métodos contraceptivos; - O casal não demonstra conhecimento sobre o uso de contraceptivos.
<b>Diagnóstico</b>	Uso de contraceptivos Comprometido
<b>Intervenções</b>	- Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos; - Ensinar o casal sobre o uso de contraceptivo (anel vaginal); - Ensinar sobre prevenção da gravidez; - Incentivar o uso de contraceptivos; - Providenciar o contraceptivo (anel vaginal); - Ensinar o casal sobre contraceção de emergência.

**Avaliação dos resultados obtidos:**

O Planeamento Familiar é ineficaz, pois a gravidez do J não foi planeada e ocorreu após a utilização incorreta do método contraceptivo. O método utilizado pelo casal é o anel vaginal e costumam adquiri-lo na USF B. Em consulta abordámos vários métodos, porém, a L prefere manter o anel vaginal, pois planeiam ter outro filho daqui a três anos. Discutimos algumas estratégias para evitar outra gravidez não planeada, nomeadamente a aquisição de preservativos, como recurso, em caso de esquecimento ou rutura de *stock* do anel. Em caso de relação desprotegida, utilizar a contraceção de emergência, pode ser adquirida no Centro de Saúde ou na Farmácia.

**Tabela 5 - Papel Parental Comprometido**

<b>Foco</b>	Papel Parental
<b>Juízo</b>	Comprometido
<b>Crítérios de diagnóstico</b>	- Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar não demonstrado; - Conhecimento dos pais sobre ingestão de líquidos não demonstrado; - Conhecimento dos pais sobre higiene oral não demonstrado.
<b>Diagnóstico</b>	Papel Parental Comprometido
<b>Intervenções</b>	- Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica no filho mais novo; - Ensinar os pais sobre padrão alimentar adequado; - Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado; - Ensinar os pais e o T sobre padrão de higiene oral;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar os pais para a ingestão nutricional adequada;</li> <li>- Instruir os pais e o T sobre técnica de lavagem dos dentes.</li> </ul>
--	---

**Avaliação dos resultados obtidos:**

O Papel Parental está comprometido, pois os pais não têm conhecimento sobre o padrão alimentar adequado para a família, nomeadamente para as crianças. Outro fator, é a falta de conhecimento sobre o padrão de higiene oral, o T não realiza a higiene dos dentes diariamente.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi utilizado para avaliação do peso dos adultos, consoante a sua altura. A Direção Geral de Saúde (DGS), classifica como baixo peso, peso normal, pré-obesidade e obesidade, consoante os valores preconizados. Em anexo, encontra-se a tabela com os respetivos valores (Anexo IV). Posto isto, a L tem um valor de 30,8 kg/m<sup>2</sup> (obesidade tipo 1) e o H tem um valor de 20,1 kg/m<sup>2</sup> (peso normal). Utilizámos o IMC dos 2 aos 20 anos para o T. Esta criança está no percentil acima de 95, ou seja, sofre de obesidade (Anexo V). Para o J utilizámos a tabela de peso dos 0 aos 24 meses, o bebé está no percentil entre 50 e 75, tem o peso ideal (Anexo VI).

A mãe refere falta de tempo para preparar refeições mais variadas e equilibradas. Em consulta, tentámos arranjar algumas estratégias para resolver esta situação, nomeadamente a preparação de refeições ao fim de semana e recorrer ao congelamento para utilizar ao longo da semana. O H não sabe cozinhar e não demonstra interesse em aprender. A família foi informada sobre os riscos associados à obesidade. Atendendo aos antecedentes familiares (Diabetes e Hipertensão Arterial), é importante a família adotar medidas para reduzir o risco de sofrer estas doenças crónicas futuramente.

Ao longo das semanas a L não perdeu peso. Porém, o T pesava 37 kg e agora pesa 35 kg (menos dois quilos). Foi dado reforço positivo ao T e à L pela perda de peso da criança e incentivo para continuar a adotar uma alimentação mais saudável e equilibrada.

Em consulta explicámos a técnica de lavagem dentária, bem como a necessidade de o J realizar a higiene oral duas vezes por dia, após o nascimento do primeiro dente (entre o 6º e o 7º mês de vida). A mãe passou a estar mais atenta à higiene oral do T, e começou a realizar a sua higiene em conjunto com o filho. Assim, consegue observar e ajudar a criança na limpeza dos dentes.

### 3.3. DIMENSÃO FUNCIONAL

Tabela 6 - Comunicação Familiar Comprometida

<b>Foco</b>	Comunicação Familiar
<b>Juízo</b>	Comprometida
<b>Critérios de diagnóstico</b>	- Insatisfação da L e do J, relativamente ao modo como se expressão os sentimentos.
<b>Diagnóstico</b>	Comunicação Familiar Comprometida
<b>Intervenções</b>	- Ensinar sobre comunicação efetiva; - Incentivar o envolvimento da família; - Otimizar a comunicação na família; - Otimizar padrão de assertividade; - Promover comunicação familiar efetiva; - Promover a comunicação expressiva das emoções.

#### Avaliação dos resultados obtidos:

A L e o T descreveram insatisfação na forma como os membros expressavam os seus sentimentos. Por vezes, os familiares não são claros e diretos no discurso, esta falta de clareza permitia que cada um realizasse a sua própria interpretação, originando distorções da realidade. Os membros com maior dificuldade na comunicação verbal e não verbal era o T e o H. Em conjunto com a EE na área da Saúde Mental, ajudámos o T a ultrapassar esta dificuldade. Não foi possível trabalhar esta situação com o H, pois só teve possibilidade de comparecer numa Consulta de Saúde de Adulto.

Normalmente a L vai buscar o T à escola. A estratégia adotada por estes elementos foi utilizarem a viagem de regresso a casa, para comunicarem os seus sentimentos e emoções. Esta estratégia, promoveu a satisfação dos membros relativamente à expressão de sentimentos. Infelizmente, não foi possível trabalhar estratégias com o H.

Tabela 7 - Papéis Familiares Não eficaz

<b>Foco</b>	Papéis Familiares
<b>Juízo</b>	Não eficaz
<b>Critérios de diagnóstico</b>	- A L sente-se saturada pelo papel de cuidado doméstico.
<b>Diagnóstico</b>	Papéis Familiares Não eficaz
<b>Intervenções</b>	- Colaborar na identificação dos papéis familiares; - Ensinar sobre comunicação efetiva; - Incentivar o envolvimento da família; - Incentivar a redefinição de papéis pelos membros da família; - Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família; - Promover o suporte da família.

### **Avaliação dos resultados obtidos:**

A L assume vários papéis na família, como o papel de provedor, de gestora financeira e o de cuidado doméstico. As tarefas domésticas estão inseridas no papel de cuidado doméstico, provocando uma sobrecarga na mãe. A ausência do marido durante a semana dificulta a divisão destas atividades. O H regressa ao fim de semana, mas não costuma colaborar com a esposa. Em consulta fornecemos algumas estratégias para a L promover uma comunicação efetiva com o marido, para que a pudesse ajudar. O T ajuda a mãe em algumas tarefas, como arrumar os brinquedos e brincar com o irmão. No que concerne ao apoio do H à esposa, esta menciona que continua a realizar as atividades domésticas sozinha.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A família “Ferreira” é constituída por um casal e dois filhos pequenos. Os pais estão em união de facto e vivem juntos há dez anos. Residem no primeiro andar de uma casa alugada, no concelho da USF B. A mãe trabalha numa fábrica e o pai numa empresa de águas. O filho mais velho terminou o 2º ano e o filho mais novo tem seis meses de vida. O bebé está aos cuidados da tia paterna, enquanto aguarda vaga na creche.

O MCAF foi aplicado na família Ferreira, para compreensão da sua dinâmica em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Este modelo foi construído com base em várias teorias, como a Teoria dos Sistemas, a Cibernética, a Teoria da Comunicação e a Teoria da Mudança.

Utilizar um modelo para avaliação familiar na prestação de cuidados, permite organizar e estruturar os dados colhidos, bem como a identificação do foco, do diagnóstico e das intervenções. As intervenções de enfermagem, têm como objetivo provocar mudança, sendo estas adaptadas a cada família.

O Plano de Cuidados de Enfermagem para a família “Ferreira” foi elaborado com os membros, exceto com o pai (ausência por motivos profissionais). O plano era composto pelo foco, juízo, critérios de diagnóstico, diagnóstico, intervenções e avaliação dos resultados obtidos. Os cuidados de enfermagem têm como objetivo capacitar a família. Após avaliarmos os cuidados prestados, é possível observar algumas mudanças no contexto familiar.

A presença e a participação do pai nas sessões familiares, teria enriquecido os cuidados, pois cada pessoa tem a sua perspetiva. Contudo, conseguimos realizar uma Consulta de Saúde de Adulto ao H e, foi uma oportunidade para abordar algumas das problemáticas abordadas nas consultas familiares. Lamento não ter tido a oportunidade de trabalhar a dinâmica do casal, pois era muito importante.

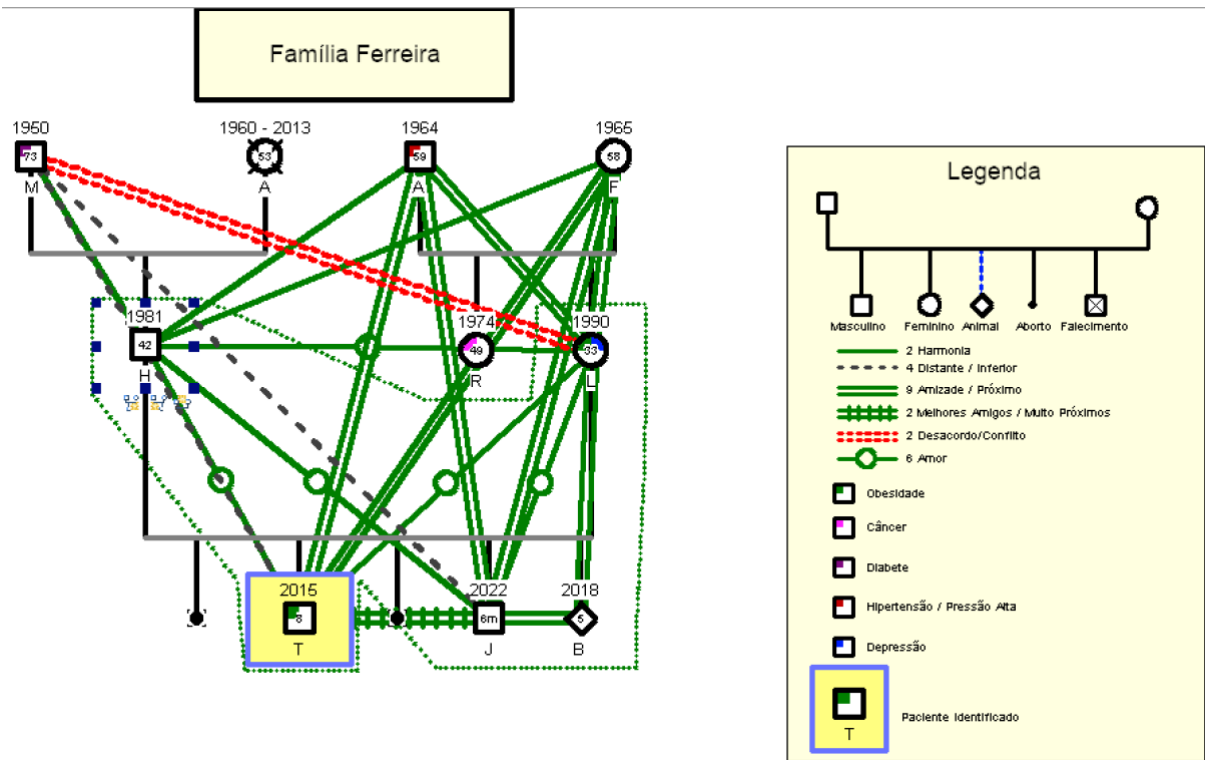
A duração do estágio poderia ser mais prolongada, pois gostava de trabalhar mais aspetos com esta família. Porém, sinto-me contente e satisfeita com os resultados obtidos. Todos os momentos de avaliação são importantes para consolidar conhecimento, e, em suma considero ter atingido os objetivos propostos.

## **BIBLIOGRAFIA**

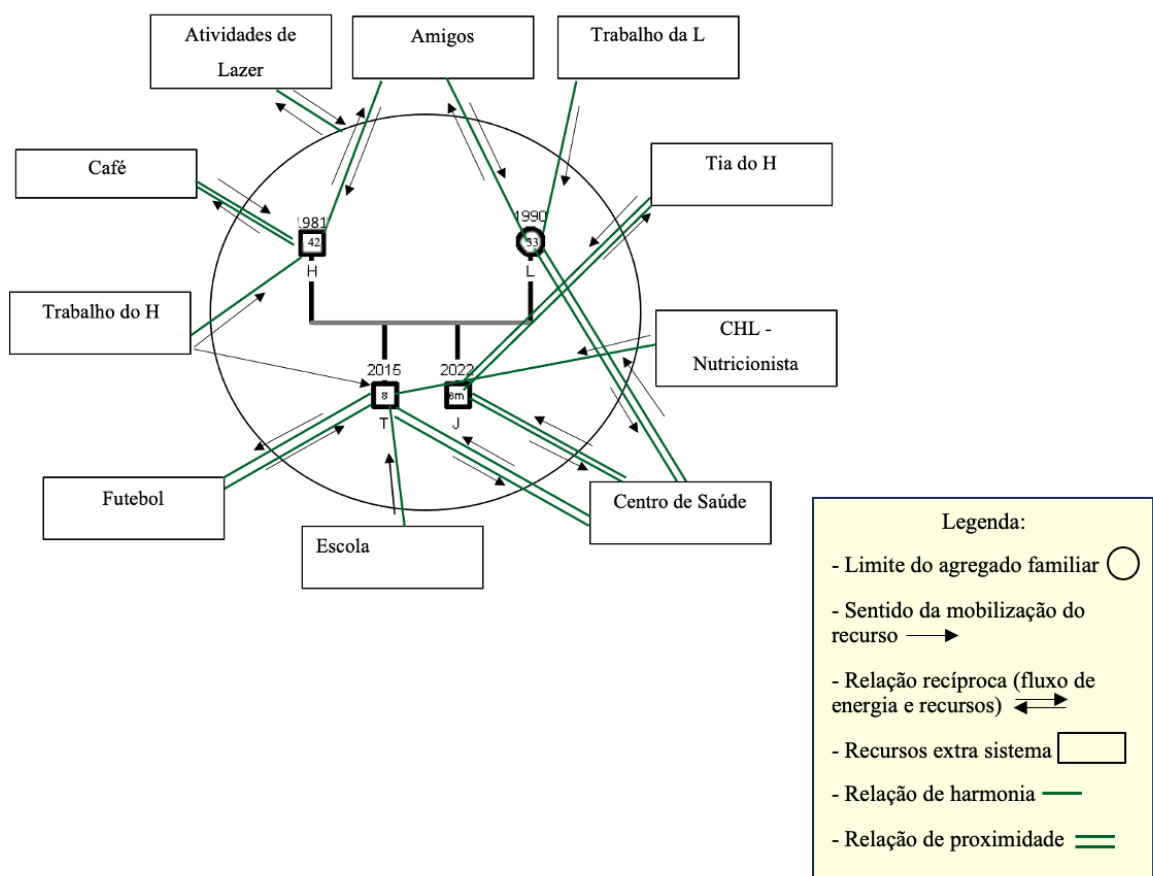
- Diário da República. (16 de julho de 2018). Fonte: Diário da República Eletrónico:  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Diário da República. (16 de julho de 2018). *Diário da República, 2.a série — N.o 135 — 16 de julho de 2018*. Fonte: Ordem dos enfermeiros:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (5 de dezembro de 2013). Fonte: Direção Geral da Saúde:  
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (30 de junho de 2015). Fonte: Direção Geral da Saúde:  
<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/boletim-de-saude-infantil.aspx>
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Almargem do Bispo: Sabooks.
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças - Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. São Francisco, Califórnia: Lusodidacta.
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro: UNIRIO.
- Wright, L., & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias - Guia para Avaliação e Intervenção na Família - 5ª edição*. Roca.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – GENOGRAMA DA FAMÍLIA “FERREIRA”**



**APÊNDICE II – ECOMAPA DA FAMÍLIA “FERREIRA”**



## **ANEXOS**

## **ANEXO I – ESCALA DE GRAFFAR ADAPTADO**

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	- Gr industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ 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 sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/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 __/__/__
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. 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, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. 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 electrodomésticos 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 sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: (Figueiredo, 2020)

**ANEXO II – ESCALA DAS FACES II: VERSÃO PORTUGUESA DE  
OTÍLIA FERNANDES**

**Instruções:**

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família. Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com uma cruz qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões. Por favor responda a todas as questões!

		Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às Veze 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3	È mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	3	4	5
7	Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12	È difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros.	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16	Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração.	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20	A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24	È difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	5
28	Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	1	2	3	4	5

Fonte: (Figueiredo, 2020)

## Itens da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão Familiar (FACES)

Fonte: Lourenço, 1996: 162-163

### Faces II (30 itens)

#### COESÃO FAMILIAR – 16 itens

##### Laços emocionais:

- (+) 1. Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades.
- (-) 17. Na nossa família sentíamo-nos muito chegados uns aos outros.

##### Limites familiares:

- (-) 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.
- (+) 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.

##### Coligações:

- (-) 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.
- (-) 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.

##### Tempo:

- (+) 7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.
- (+) 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.

##### Espaço:

- (+) 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.
- (-) 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.

##### Amigos:

- (+) 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.
- (+) 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.

##### Decisões:

- (+) 13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.
- (+) 21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.

##### Interesses e lazeres:

- (-) 15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.
- (+) 30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.

Quadro 1: Conceitos relacionados com a Coesão e respectivos itens da Escola

### Faces II (30 itens)

#### ADAPTABILIDADE FAMILIAR – 14 itens

##### Imposição:

- (+) 2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.
- (+) 14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.
- (-) 28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.

##### Liderança:

- (+) 4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.
- (+) 16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidos em conta.

##### Disciplina:

- (+) 6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras da disciplina.
- (+) 18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.

##### Negociações:

- (+) 8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.
- (+) 20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.
- (+) 26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.

##### Funções:

- (+) 10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.
- (+) 22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.

##### Normas:

- (+) 12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.
- (-) 24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.

Fonte: (Figueiredo, 2020)

## Interpretação linear da FACES II

Coesão			Adaptabilidade			Família-tipo	
8	80	Muito ligada	8	70	Muito flexível	8	Equilibrada
	74			65			
7	73	Ligada	7	64	Flexível	6	Moderadamente equilibrada
	71			55			
6	70	Separado	6	54	Estruturada	5	Meio-termo
	65			50			
5	64	Desmembrada	5	49	Rígida	4	Extrema
	60			46			
4	59		4	45		3	
	55			43			
3	54		3	42		2	
	51			40			
2	50		2	39		1	
	35			30			
1	34		1	29			
	15			15			

Fonte: (Figueiredo, 2020)

## **ANEXO III – ESCALA DE APGAR FAMILIAR**

<b>APGAR</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Quase nunca</b>
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X (L)	X (T)	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.	X (T)	X (L)	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X (L e T)	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X (L e T)	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X (L e T)	
<b>TOTAL:</b>	<b>L e T – 6 (Família com moderada disfunção)</b>		

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase sempre: 0 pontos

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

Fonte: (Figueiredo, 2020)

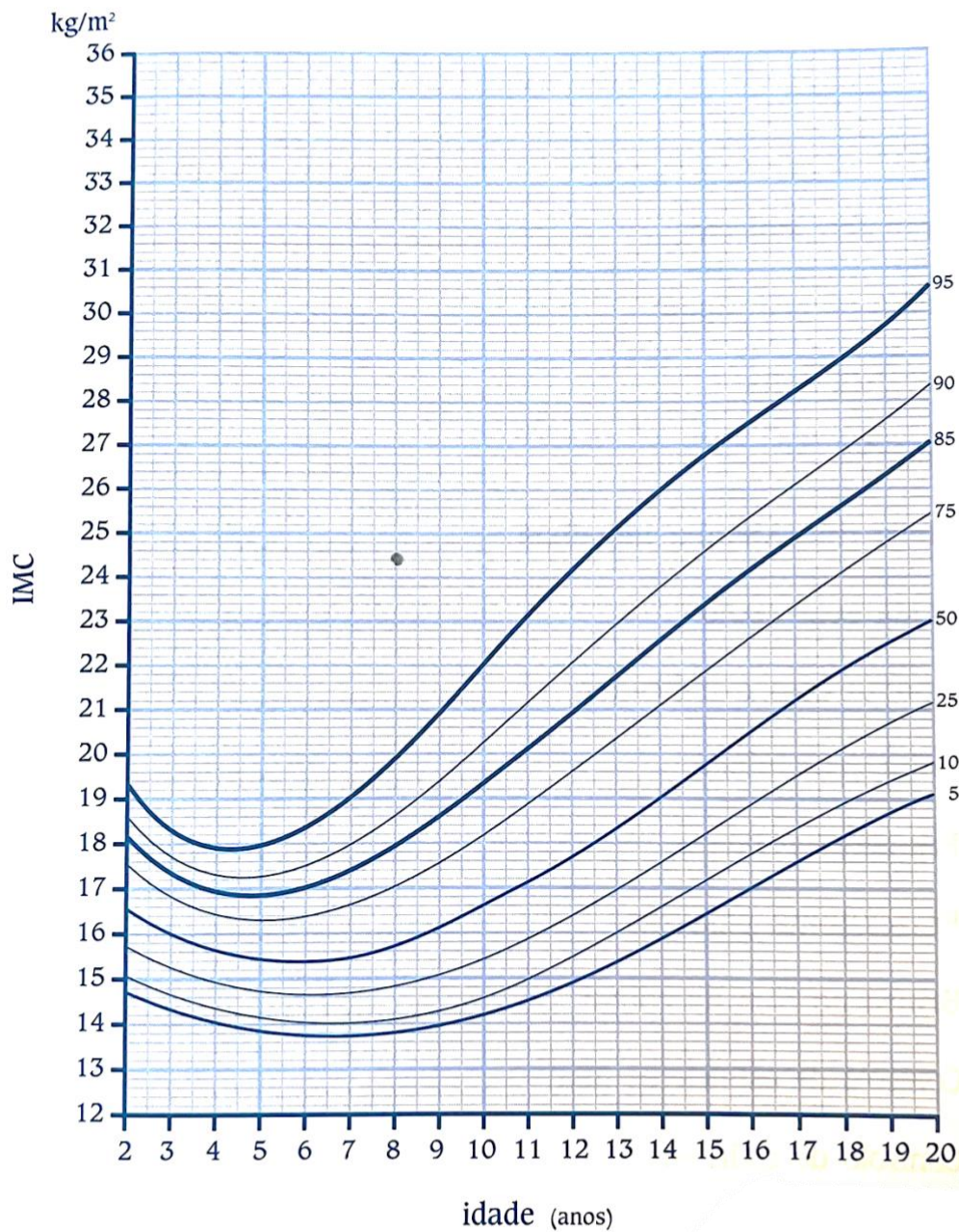
**ANEXO IV – TABELA DO IMC**

<b>Designação</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	
		<b>Classe de Baixo Peso</b>
Magreza severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00–16,99	II
Magreza moderada	17,00–18,49	I
Normal	18,50–24,99	<b>Peso normal</b>
Pré-obesidade	25,00–29,99	<b>Pré-obesidade</b>
		<b>Classe de Obesidade</b>
Obesidade	30,00–34,99	I
Obesidade	35,00–39,99	II
Obesidade	≥ 40,00	III

Fonte: (Direção Geral da Saúde, 2013)

**ANEXO V – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS 2 AOS 20 ANOS**

## índice de massa corporal 2-20 anos



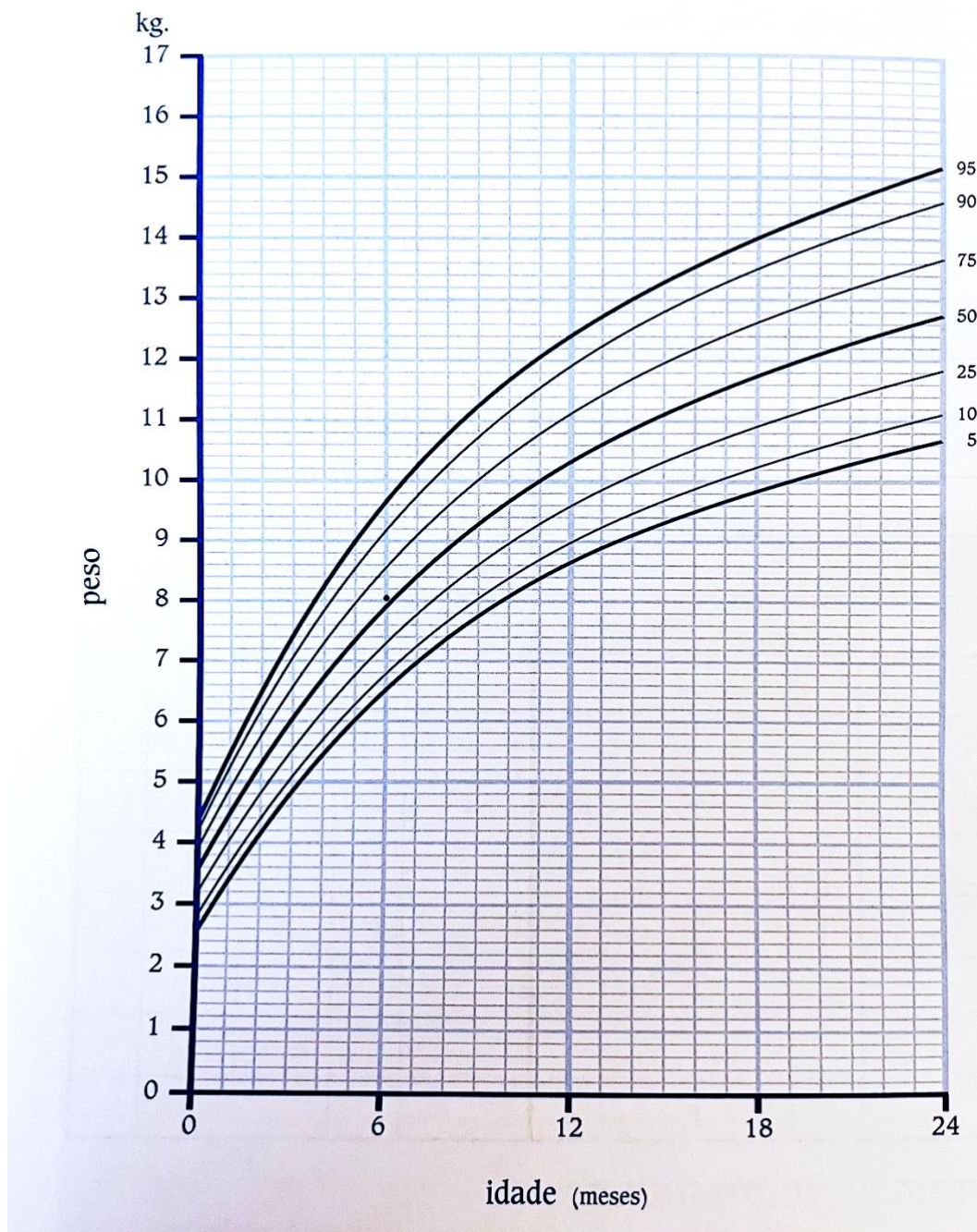
**Obesidade** > Percentil 95

**Excesso de peso** > Percentil 85 < Percentil 95

Fonte: (Direção Geral da Saúde, 2015)

**ANEXO VI – PESO DOS 0 AOS 24 MESES**

## peso 0-24 meses



Fonte (Direção Geral da Saúde, 2015)

## APÊNDICE II – PLANO DE FORMAÇÃO

## Plano de Sessão de Formação

**Tema:** Famílias com crianças/ adolescentes com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA): dinâmica familiar

**Local de formação:** USF B no dia 26/01/2024.

### Objetivo geral:

- Compreender a dinâmica familiar de agregados com crianças/ adolescentes com PEA.

### Objetivos específicos:

- Compreender o conceito de família, enquanto unidade de cuidados;
- Compreender a PEA, assim como a dinâmica familiar de agregados com crianças/ adolescentes, portadoras da doença;
- Importância do papel do enfermeiro de família, enquanto prestador de cuidados;
- Plano de cuidados de enfermagem para estas famílias.

Etapas	Conteúdos	Estratégias/ Metodologia	Preletor	Duração
Introdução	- Conceptualização do conceito de família, enquanto unidade de cuidados;			
Desenvolvimento	- Conceptualizar a PEA; - Abordar a incidência de crianças com PEA em Portugal; - Importância do papel do enfermeiro de família, enquanto prestador de cuidados, ao longo de todo o ciclo vital; - Sugestão de plano de cuidados de enfermagem, perante estas famílias.	- Power Point	Enfª Rute Pereira.	45 minutos
Conclusão	- Conclusão da temática apresentada; - Esclarecimento de dúvidas.			
Referências Bibliográficas	- Referências utilizadas durante a elaboração da apresentação.			

APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO: “CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PEA:  
DINÂMICA FAMILIAR

# CRIANÇAS OU ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO

DINÂMICA FAMILIAR

Elaborado por:  
Rute Pereira nº5220238



# FAMÍLIA

---

Teoria Geral dos Sistemas

---

Ligações afetivas entre si

---

Capacidades e dinâmicas

---

A família como unidade de cuidados

(Wright & Leahey, 2018)

# Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

- Perturbação do neurodesenvolvimento;
- Distúrbio do sono;
- Distúrbios alimentares e problemas gastrointestinais;
- Episódios de ataques;
- Sobrecarga sensorial.



# Crianças ou adolescentes com PEA: dinâmica familiar

- Teoria das Transições: transição de saúde para doença;
- Estima-se que metade dos pais tenham perturbação do sono;
- Ajustes na dieta alimentar;
- Formação de rotinas;
- Apoio e suporte aos restantes filhos;
- Gestão do tempo conjugal.



# PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Autenticação

SClínico - Consulta de Enfermagem - Enf. [REDACTED]

Paramt. Ref. Ext. Ref. Int. Notific. Guia Esp. RSE AI Ab. cont. Pro. Fam. Equipas Marcaç. Notas Alergias Listag. Vig. Fam. Vigil. Proc. Cli. Vacinas RSE AP Info. 4.0.3 Ajuda Unid. Trab. Sair

20-12-2023

<< < Dezembro 2023 > >>

Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sáb

					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

NOTAS/TAREFAS DIA

Notas e Tarefas do Dia

MENSAGENS INTERNAS

Data	Assunto

Nova Mensagem < 0/0 >

CONTACTOS CONTACTOS FAMÍLIAS COMUNIDADES

**FAMÍLIAS**

Nº Processo: [REDACTED] Último Contacto

Morada: [REDACTED]

Nº Telefone: [REDACTED] Cód. Postal: [REDACTED]

Família: [REDACTED]

CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS

Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional

ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS

Data	Hora	Consulta/Contacto	Profissional



**Autenticação**

Contato Activo

**Horário do Contacto**

Família: RUA [REDACTED]

Contacto N°: 0

Data 18-12-2023 Hora 16:52

Contacto não presencial

Local de Contacto  
Unidade De Saúde [REDACTED]

Sala [REDACTED]

Equipa [REDACTED]

**Tipo de Contacto**

Acto de enfermagem  
 Consulta de Enfermagem

**Programas de Saúde activos**

[REDACTED]  
 [REDACTED]  
 [REDACTED]

**Projectos activos**

[REDACTED]  
 [REDACTED]  
 [REDACTED]

**Elementos presentes no contacto**

Elemento	Presença
[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input type="checkbox"/>

Cancelar Ok

N° processo: [REDACTED]

Tipo: [REDACTED] Agendado:

**Vigilância Médica**

SU	PF	SM	DM	HTA	RO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigiado			Não Vigiado		
N° fact. monitorizados			N° fact. de risco		

**Vigilância Cardiovascular**

Notas associadas [REDACTED]

Act. D [REDACTED]

Projectos associados [REDACTED]

Equipa associada [REDACTED]

Laboratório [REDACTED]















**Autenticação**  
**Processo de Enfermagem**

Prog. Av. Inio. Interv. Guias Tr. M. Cui. Vigil. Vacinas Marcaç. Notas Ref. Ext. RSE AP Sala Esp. Proc. Cli. Ajuda Gravar Sair

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**  
Nome: [REDACTED] Nº Utente: Nº Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

**INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO**

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

**Última Avaliação:**  
2023-12-20 12:36 [93]

**FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO** Início: 25-12-2022 Fim: 25-12-2023  Todos  Ativos  Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
<b>S</b> Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status **S** Sugerido Resp. Início: RUTE PEREIRA Resp. Termo: [REDACTED] Termo

**Especificações**  
20 Dez 2023 12:36 Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado (Responsável [REDACTED])

**INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO**  Todas  Ativas  Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Registo da escala: stress\_PC

Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: RUA ██████████ Idade: N° Utente: N° Processo: ██████████

stress\_PC Data: 18-12-2023 Hora: 17:00

Registar Escala Histórico

GRUPOS

Escala de sobrecarga do cuidador

ITEMS DO GRUPO

- \* [SENTE-SE IRRITADO/A QUANDO ESTÁ JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE A SITUAÇÃO ACTUAL AFECTA DE FORMA NEGATIVA A SUA RELAÇÃO COM O SEU FAMILIAR?]
- \* [TEM RECEIO PELO FUTURO DESTINADO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE O SEU FAMILIAR ESTÁ DEPENDENTE DE SI?]
- \* [SENTE-SE ESGOTADO QUANDO TEM DE ESTAR JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
- \* [VÊ A SUA SAÚDE SER AFECTADA POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE NÃO TEM UMA VIDA PRIVADA COMO DESEJARIA DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [PENSA QUE AS SUAS RELAÇÕES SOCIAIS SÃO AFECTADAS NEGATIVAMENTE POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [SENTE-SE POUCO À VONTADE EM CONVIDAR AMIGOS PARA O(A) VISITAREM DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [ACREDITA QUE O SEU FAMILIAR ESPERA QUE CUIDE DELE COMO SE FOSSE A ÚNICA PESSOA CAPAZ DE O FAZER?]
- \* [CONSIDERA QUE NÃO DISPÕE DE ECONOMIAS SUF. PARA CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [SENTE-SE INCAPAZ DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR POR MUITO MAIS TEMPO?]
- \* [CONSIDERA QUE PERDEU O CONTROLO DA SUA VIDA DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR?]
- \* [DESEJARIA PODER ENTREGAR O SEU FAMILIAR AOS CUIDADOS DE OUTRA PESSOA?]
- \* [SENTE-SE INSEGURO ACERCA DO QUE DEVE FAZER COM O SEU FAMILIAR?]
- \* [SENTE QUE PODERIA FAZER MAIS PELO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE PODERIA CUIDAR MELHOR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [EM GERAL SENTE-SE MUITO SOBRECARRREGADO POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]

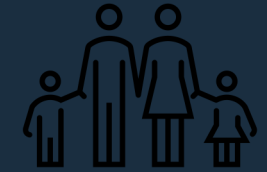
PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	Quase nunca
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente?	Quase sempre
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Quase sempre
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Às vezes
Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	Nunca
Considera que a situação actual afecta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares	Às vezes
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Às vezes
Considera que o seu familiar está dependente de si?	Muitas vezes

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Escala de sobrecarga do cuidador	63

Score total 63



Autenticação

Registo da escala: stress\_PC

Gravar Sair

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**

Nome: RUA ██████████ Idade: N° Utente: N° Processo: ██████████

stress\_PC Data: 18-12-2023 Hora: 17:00

Registrar Escala Histórico

**GRUPOS**

Escala de sobrecarga do cuidador

**ITEMS DO GRUPO**

- \* [SENTE-SE IRRITADO/A QUANDO ESTÁ JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE A SITUAÇÃO ACTUAL AFECTA DE FORMA NEGATIVA A SUA RELAÇÃO COM O SEU FAMILIAR?]
- \* [TEM RECEIO PELO FUTURO DESTINADO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE O SEU FAMILIAR ESTÁ DEPENDENTE DE SI?]
- \* [SENTE-SE ESGOTADO QUANDO TEM DE ESTAR JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
- \* [VÊ A SUA SAÚDE SER AFECTADA POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE NÃO TEM UMA VIDA PRIVADA COMO DESEJARIA DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [PENSA QUE AS SUAS RELAÇÕES SOCIAIS SÃO AFECTADAS NEGATIVAMENTE POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [SENTE-SE POUCO À VONTADE EM CONVIDAR AMIGOS PARA O(A) VISITAREM DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [ACREDITA QUE O SEU FAMILIAR ESPERA QUE CUIDE DELE COMO SE FOSSE A ÚNICA PESSOA COM QUEM PODE CONTAR?]
- \* [CONSIDERA QUE NÃO DISPÕE DE ECONOMIAS SUF. PARA CUIDAR DO SEU FAMILIAR E PARA O RESTO DAS DESPESAS?]
- \* [SENTE-SE INCAPAZ DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR POR MUITO MAIS TEMPO?]
- \* [CONSIDERA QUE PERDEU O CONTROLO DA SUA VIDA DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR?]
- \* [DESEJARIA PODER ENTREGAR O SEU FAMILIAR AOS CUIDADOS DE OUTRA PESSOA?]
- \* [SENTE-SE INSEGURO ACERCA DO QUE DEVE FAZER COM O SEU FAMILIAR?]
- \* [SENTE QUE PODERIA FAZER MAIS PELO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE PODERIA CUIDAR MELHOR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [EM GERAL SENTE-SE MUITO SOBRECARRIGADO POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]

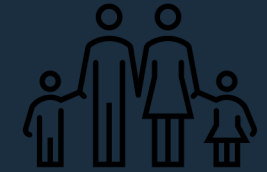
**PARAMETROS DA ESCALA**

Item	Valor
Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	Muitas vezes
Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Quase nunca
Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	Às vezes
Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	Às vezes
Considera que não dispõe de economias suf. para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	Muitas vezes
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Quase nunca

**GRUPOS DE SCORE**

Grupo	Score
Escala de sobrecarga do cuidador	63

Score total 63



Autenticação

Registo da escala: stress\_PC

Gravar Sair

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**

Nome: RUA ██████████ Idade: N° Utente: N° Processo: ██████████

stress\_PC Data: 18-12-2023 Hora: 17:00

Registrar Escala Histórico

**GRUPOS**

Escala de sobrecarga do cuidador

**ITEMS DO GRUPO**

- \* [SENTE-SE IRRITADO/A QUANDO ESTÁ JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE A SITUAÇÃO ACTUAL AFECTA DE FORMA NEGATIVA A SUA RELAÇÃO COM O SEU FAMILIAR?]
- \* [TEM RECEIO PELO FUTURO DESTINADO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE O SEU FAMILIAR ESTÁ DEPENDENTE DE SI?]
- \* [SENTE-SE ESGOTADO QUANDO TEM DE ESTAR JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
- \* [VÊ A SUA SAÚDE SER AFECTADA POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE NÃO TEM UMA VIDA PRIVADA COMO DESEJARIA DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [PENSA QUE AS SUAS RELAÇÕES SOCIAIS SÃO AFECTADAS NEGATIVAMENTE POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [SENTE-SE POUCO À VONTADE EM CONVIDAR AMIGOS PARA O(A) VISITAREM DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
- \* [ACREDITA QUE O SEU FAMILIAR ESPERA QUE CUIDE DELE COMO SE FOSSE A ÚNICA PESSOA COM QUEM PODE CONTAR?]
- \* [CONSIDERA QUE NÃO DISPÕE DE ECONOMIAS SUF. PARA CUIDAR DO SEU FAMILIAR E PARA O RESTO DAS DESPESAS?]
- \* [SENTE-SE INCAPAZ DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR POR MUITO MAIS TEMPO?]
- \* [CONSIDERA QUE PERDEU O CONTROLO DA SUA VIDA DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR SE MANIFESTAR?]
- \* [DESEJARIA PODER ENTREGAR O SEU FAMILIAR AOS CUIDADOS DE OUTRA PESSOA?]
- \* [SENTE-SE INSEGURO ACERCA DO QUE DEVE FAZER COM O SEU FAMILIAR?]
- \* [SENTE QUE PODERIA FAZER MAIS PELO SEU FAMILIAR?]
- \* [CONSIDERA QUE PODERIA CUIDAR MELHOR DO SEU FAMILIAR?]
- \* [EM GERAL SENTE-SE MUITO SOBRECARRREGADO POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]

**PARAMETROS DA ESCALA**

Item	Valor
Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Quase nunca
Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Às vezes
Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	Às vezes
AcREDITA que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	Às vezes
Considera que não dispõe de economias suf. para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	Muitas vezes
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Quase nunca
Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Quase nunca

**GRUPOS DE SCORE**

Grupo	Score
Escala de sobrecarga do cuidador	63

Score total 63



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [REDACTED]

Nº Utente:

Nº Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022

Fim: 25-12-2023

Todos

Ativos

Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
<b>S</b> Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status **S** Sugerido Resp. Início: RUTE PEREIRA Resp. Termo: [REDACTED] Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:36 Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado [REDACTED]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas

Ativas

Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

Nº Utente: [Redacted]

Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (nec)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (ne
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (ne
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar co
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022  Fim: 25-12-2023   Todos  Ativos  Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
<b>Satisfação Conjuga</b>	<b>Satisfação conjugal comprometida</b>	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
<b>S</b> Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status  Sugerido Resp. Início: [Redacted] Resp. Termo: [Redacted] Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:36 Satisfação conjugal comprometida (Responsável: [Redacted])

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas  Ativas  Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Registo da escala: satisfaçãoConjugal

Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [redacted] Idade: N° Utente: N° Processo: [redacted]

satisfaçãoConjugal Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Satisfação conjugal

ITEMS DO GRUPO

- \* Relação dinâmica
  - não efetiva
  - efetiva
- \* Comunicação
  - não eficaz
  - eficaz
- \* Interação sexual
  - não efetiva
  - efetiva
- \* Função sexual
  - comprometida
  - não comprometida

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total [redacted]



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

Nº Utente: [Redacted]

Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022  Fim: 25-12-2023   Todos  Ativos  Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
<b>Satisfação Conjugal</b>	<b>Satisfação conjugal comprometida</b>	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
<b>S</b> Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status  Sugerido Resp. Início: [Redacted] Resp. Termo: [Redacted] Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:36 Satisfação conjugal comprometida (Responsável: [Redacted])

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas  Ativas  Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

Nº Utente: [Redacted]

Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022

Fim: 25-12-2023

Todos

Ativos

Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
<b>Processo Familiar</b>	<b>Processo familiar comprometido</b>	<input checked="" type="radio"/>	<b>20-12-2023 12:34</b>	<b>20-12-2023 12:45</b>
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
S Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status  Sugerido Resp. Início: [Redacted] Resp. Termo: [Redacted] Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:35 Processo familiar comprometido [Redacted]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas

Ativas

Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Registo da escala: processoFamiliar

Gravar Sair

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**

Nome: RUA ██████████ Idade: N° Utente: N° Processo: ██████████

processoFamiliar Data: 18-12-2023 Hora: 17:05

Registrar Escala Histórico

**GRUPOS**

Processo familiar:

**ITEMS DO GRUPO**

- \* [ADEQUADO]
- [COMUNICAÇÃO]
- [COPING]
- [INTERAÇÃO DE PAPÉIS]
- [RELAÇÃO DINÂMICA]
- [CONFLITUOSO]

**PARAMETROS DA ESCALA**

Item	Valor
Comunicação	comprometida
Coping	comprometido
Interação de papéis	comprometida
Relação dinâmica	comprometida
Conflituoso	sim
ADEQUADO	não

**GRUPOS DE SCORE**

Grupo	Score
Processo familiar:	0

Score total 0



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

Nº Utente: [Redacted]

Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022

Fim: 25-12-2023

Todos

Ativos

Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
<b>Processo Familiar</b>	<b>Processo familiar comprometido</b>	<input checked="" type="radio"/>	<b>20-12-2023 12:34</b>	<b>20-12-2023 12:45</b>
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
S Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status  Sugerido Resp. Início: [Redacted] Resp. Termo: [Redacted] Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:35 Processo familiar comprometido [Redacted]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas

Ativas

Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



**Autenticação**  
**Processo de Enfermagem**

Prog. Av. Inic. Interv. Guias Tr. M. Cui. Vigil. Vacinas Marcaç. Notas Ref. Ext. RSE AP Sala Eso. Proc. Cli. Ajuda Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
Nome: [REDACTED] N° Utente: [REDACTED] N° Processo: [REDACTED]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

**INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO**

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:  
2023-12-20 12:36 [93]

**FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO** Início: 25-12-2022 Fim: 25-12-2023  Todos  Ativos  Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
<b>Planeamento Familiar</b>	<b>Planeamento familiar comprometido</b>	<input checked="" type="radio"/>	<b>20-12-2023 12:32</b>	<b>20-12-2023 12:45</b>
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
S Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status S Sugerido Resp. Início: [REDACTED] Resp. Termo: [REDACTED] Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:33 Planeamento familiar comprometido [REDACTED]

**INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO**  Todas  Ativas  Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início: [REDACTED] Resp. Termo: [REDACTED] Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

Nº Utente:

Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022

Fim: 25-12-2023

Todos

Ativos

Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
<b>Papel Parental</b>	<b>Papel parental comprometido</b>	<input checked="" type="radio"/>	<b>20-12-2023 12:31</b>	<b>20-12-2023 12:45</b>
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
S Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status S Sugerido

Resp. Início: [Redacted]

Resp. Termo: [Redacted]

Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:32 Papel parental comprometido [Redacted]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas

Ativas

Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início:

Resp. Termo:

Tratamento Feridas

Normas

Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Registo da escala: papelParental

Gravar Sair

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [REDACTED] Idade: N° Utente: N° Processo: [REDACTED]

papelParental Data: 20-12-2023 Hora: 12:31

Registrar Escala Histórico

GRUPOS

Papel parental

ITEMS DO GRUPO

- \* [PP COM CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS NORMAIS NO DOMICÍLIO E HOSPITAL]
- \* [PP COM CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS NORMAIS NO DOMICÍLIO E ESPECIAIS]
- \* [PP COM CARACTERÍSTICAS COMPLEXAS PERMANENTES NO DOMICÍLIO]
- \* [PP COM CARACTERÍSTICAS DESENVOLVIMENTAIS NORMAIS NO DOMICÍLIO E COMPLEXAS INAUGURAIS NO HOSPITAL]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e hospital	não
PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e especiais transitórias no hospital	não
PP com características complexas permanentes no domicílio	sim
PP com características desenvolvimentais normais no domicílio e complexas inaugurais no hospital	não

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Papel parental	30

Score total 30



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

Nº Utente:

Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022

Fim: 25-12-2023

Todos

Ativos

Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
<b>Papel Parental</b>	<b>Papel parental comprometido</b>	<input checked="" type="radio"/>	<b>20-12-2023 12:31</b>	<b>20-12-2023 12:45</b>
Papel de Prestador de Cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:29	20-12-2023 12:45
S Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status S Sugerido

Resp. Início: [Redacted]

Resp. Termo: [Redacted]

Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:32 Papel parental comprometido [Redacted]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas

Ativas

Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início:

Resp. Termo:

Tratamento Feridas

Normas

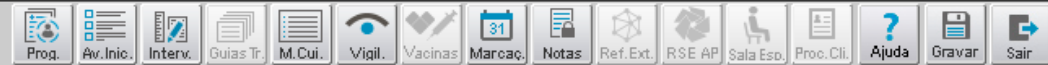
Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Processo de Enfermagem



IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted]

Nº Utente: [Redacted]

Nº Processo: [Redacted]

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar abastecimento de água
- Avaliar adaptação à gravidez
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
- Avaliar conhecimento da comunidade para tomar conta
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidade)
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com o sol
- Avaliar conhecimento sobre gestão de rendimentos
- Avaliar conhecimento sobre habitação
- Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes
- Avaliar habitação
- Avaliar papel de prestador de cuidados
- Avaliar papel parental
- Avaliar planeamento familiar
- Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
- Avaliar processo familiar
- Avaliar rendimentos
- Avaliar satisfação conjugal
- Avaliar stress do prestador de cuidados**

Última Avaliação:

2023-12-20 12:36 [93]

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 25-12-2022  Fim: 25-12-2023   Todos  Ativos  Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Stress do Prestador de cuidados	Stress do prestador de cuidados presente, em grau elevado	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:36	20-12-2023 12:45
Satisfação Conjugal	Satisfação conjugal comprometida	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:35	20-12-2023 12:45
Processo Familiar	Processo familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:34	20-12-2023 12:45
Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:32	20-12-2023 12:45
Papel Parental	Papel parental comprometido	<input checked="" type="radio"/>	20-12-2023 12:31	20-12-2023 12:45
<b>Papel de Prestador de Cuidados</b>	<b>Papel de prestador de cuidados comprometido</b>	<input checked="" type="radio"/>	<b>20-12-2023 12:29</b>	<b>20-12-2023 12:45</b>
<b>S</b> Planeamento Familiar	Planeamento familiar comprometido	<input type="radio"/>	18-12-2023 17:19	18-12-2023 17:19

Sem Status  Sugerido Resp. Início: [Redacted] Resp. Termo: [Redacted] Termo

Especificações

20 Dez 2023 12:29 Papel de prestador de cuidados comprometido [Redacted]

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Todas  Ativas  Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início	Termo	Especificações



Autenticação

Registo da escala: potencial\_tomarconta\_PC

Gravar Sair

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**

Nome: ██████████ Idade: ████████ N° Utente: ████████ N° Processo: ██████████

potencial\_tomarconta\_PC Data: 20-12-2023 Hora: 12:33

Registar Escala Histórico

**GRUPOS**

Potencial para tomar conta:

**ITEMS DO GRUPO**

- \* [CONSCIENCIALIZAÇÃO PARA TOMAR CONTA]
- \* [FORÇA DE VONTADE EXPRESSA PARA TOMAR CONTA]
- \* [NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO E ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM]
- \* [NÍVEL DE APOIO PERCECIONADO DOS FAMILIARES/AMIGOS]
- \* [NÍVEL DE APOIO PERCECIONADO DA REDE FORMAL]
- \* [NÍVEL DE PERCEÇÃO ACERCA DA SUA CAPACIDADE PARA TOMAR CONTA]
- \* [NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE OS CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA TOMAR CONTA]
- \* [NÍVEL DE CAPACIDADES INSTRUMENTAIS PARA OS CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA TOMAR CONTA]
- \* [QUALIDADE/INTENSIDADE DA RELAÇÃO COM O FAMILIAR DEPENDENTE]
- \* [EXPERIÊNCIA PRÉVIA PARA TOMAR CONTA]
- \* [ANTECEDENTES DE SOBRECARGA (EXAUSTÃO, STRESS) PARA TOMAR CONTA]

**PARAMETROS DA ESCALA**

Item	Valor
Nível de apoio percecionado dos familiares/amigos	elevado
Nível de apoio percecionado da rede formal	elevado
Nível de perceção acerca da sua capacidade para tomar conta	moderado
Nível de conhecimento sobre os cuidados necessários para tomar conta	moderado
Nível de capacidades instrumentais para os cuidados necessários para tomar conta	reduzido
Qualidade/intensidade da relação com o familiar dependente	moderado
Experiência prévia para tomar conta	reduzido
Antecedentes de sobrecarga (exaustão, stress) para tomar conta	não

**GRUPOS DE SCORE**

Grupo	Score
Potencial para tomar conta:	24

Score total 24







CONCLUSÃO

# BIBLIOGRAFIA

- AACAP. (fevereiro de 2014). *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Fonte: AACAP Official Action: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(13\)00819-8/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(13)00819-8/pdf);
- Hanson, S. (2004). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. Lusodidacta;
- IFNA. (2015). *Declaração da IFNA sobre as competências práticas avançadas para a enfermagem de família*. Associação Internacional de Enfermagem de Família;
- Oliveira, G. (2005). *Epidemiologia do Autismo em Portugal*. Fonte: Repositório científico da Universidade de Coimbra: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/848>;
- Rogers, S., Dawson, G., & Vismara, L. (2015). *Autismo: compreender e agir em família*. Lisboa: Lidel.

## **ANEXOS**

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE  
LEIRIA

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/30/2024

Data: 01/03/2024

Título do estudo – Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo: coesão e adaptabilidade familiar.

Nome do (s) proponente (s): Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

Investigadora Principal: Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino.

Membros da equipa de investigação:

Rute Isabel Simões Pereira; João Manuel Graça Frade; Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva; Susana Margarida Rodrigues Custódio.

O estudo tem como objetivos: -----  
Avaliar a coesão e adaptabilidade de famílias com crianças e adolescentes até aos dezoito anos de idade, portadoras de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). -----  
Os objetivos específicos são: -----  
Analisar os dados sociodemográficas das famílias com crianças e adolescentes até aos dezoito anos de idade, portadoras de PEA; -----  
Avaliar o grau de coesão e adaptação destas famílias. -----  
A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, novembro 2023. -----  
A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, setembro 2028. -----  
A data prevista de início da recolha de dados está definida, fevereiro 2024, após parecer da Comissão Ética. -----  
A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, julho 2028. -----  
Metodologia: -----  
O tipo de estudo está corretamente descrito e justificado. -----  
A população-alvo está identificada e corretamente justificada. A amostra está identificada e corretamente justificada. -----  
Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----  
Os critérios de exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----  
Os procedimentos para a recolha de autorizações estão descritos e corretamente justificados. -----  
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----  
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----  
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----  
Os benefícios previstos para os participantes no estudo estão devidamente descritos e justificados. -----  
Não existem custos de participação associados por parte dos participantes no estudo. -----  
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----  
O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

O compromisso de honra dos investigadores principais foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

No consentimento informado foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, a investigadora principal. -----

***Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável.*** -----

P'la CE a Presidente

Assinado por: **SUSANA LUÍSA DA CUSTÓDIA  
MACHADO MENDES**  
Data: 2024.03.01 18:50:22+00'00'

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DAS FACES III

Eliminar Arquivar Comunicar Responder Responder a todos Reencaminhar Zoom

RE: Pedido de autorização para utilização da escala

Sinalizar para seguimento.

**CN** Cristina Nunes <csnunes@ualg.pt>  
Para: Rute Isabel Simões Pereira  
Cc: Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

ter, 03/10/2023 09:55

RIDEP59-FACES III 2021.pdf  
790 KB

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Estimada Rute  
É com muito gosto que autorizo a utilização da nossa versão do instrumento no seu estudo.  
Envio em anexo o artigo que deve ser citado.  
Um abraço

**Cristina Nunes**  
Professora Catedrática  
Diretora do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde  
Coordenadora da Unidade de Gestão do Centro de Investigação em Psicologia (CIP)  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Universidade do Algarve



Special Issue "New Challenges for Research in Family Relationships and Child Well-Being"

[https://www.mdpi.com/journal/healthcare/special\\_issues/5KKLN9SAG7](https://www.mdpi.com/journal/healthcare/special_issues/5KKLN9SAG7)

**De:** Rute Isabel Simões Pereira <5220238@my.ipleiria.pt>  
**Enviado:** 2 de outubro de 2023 15:15  
**Para:** Cristina Nunes <csnunes@ualg.pt>  
**Cc:** Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino <eva.menino@ipleiria.pt>

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES



## **CENTRO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO OURIENSE**

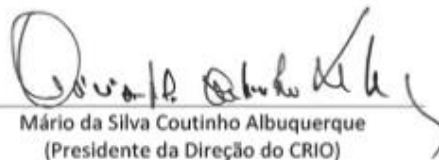
Rua das Passadeiras N.º 61 - Apart. 12  
Penigardos - 2490-538 OURÉM  
TELEF. 249 544 418/9 - FAX 249 544 420  
crio.ourem@gmail.com

### **Pedido de autorização de colaboração no projeto: "Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo: coesão e adaptação familiar"**

#### **DECLARAÇÃO**

Eu, Mário da Silva Coutinho Albuquerque, na qualidade de Presidente da Direção do Centro de Reabilitação e Integração Ouriense (CRIO), declaro que a instituição autoriza a colheita de dados na instituição e se disponibiliza a colaborar com os investigadores: Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, Rute Isabel Simões Pereira, João Manuel Graça Frade e Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva, no projeto de investigação: "Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo: coesão e adaptabilidade familiar". Assim como, no encaminhamento necessário, para as famílias com crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo, após o seu consentimento.

Ourém, 27 de Novembro de 2023



Mário da Silva Coutinho Albuquerque  
(Presidente da Direção do CRIO)

**Pedido de autorização de colaboração no projeto: "Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo: coesão e adaptação familiar"**

**DECLARAÇÃO**

Eu, António Martins Pereira, na qualidade de Presidente da Direção do Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), declaro que a instituição autoriza a colheita de dados na instituição e se disponibiliza a colaborar com os investigadores: Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, Rute Isabel Simões Pereira, João Manuel Graça Frade e Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva, no projeto de investigação: "Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo: coesão e adaptabilidade familiar". Assim como, no encaminhamento necessário, para as famílias com crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo, após o seu consentimento.

Data: 30/11/2023

António Martins Pereira  
António Martins Pereira  
(Presidente da Direção do CRIF)

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS FAMÍLIAS

## Parte I – Avaliação de dados sociodemográficos e profissionais

1. Idade \_\_\_\_\_ anos
2. Género: Feminino  Masculino
3. Habilitações literárias: (1) 1ºciclo (4ªclasse)  (2) 2º ciclo (6ºano)  (3) 3ºciclo (9ºano)  (4) Ensino secundário  (5) Curso profissional  (6) Ensino Superior
4. Estado civil: (1) Solteiro  (2) Casado/União de fato  (3) Divorciado/Separado  (4) Viúvo
5. Tem filhos: (1) Sim  (2) Não  Se sim, quantos? \_\_\_\_\_
6. Filho com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA): (1) Sim  (2) Não
7. Quantos anos tem a criança/ adolescente com PEA: \_\_\_\_\_
8. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_
9. Número de elementos do agregado familiar: \_\_\_\_\_

**Parte II – Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar: Escala das  
FACES III**

Versão portuguesa de Currel et al. (1999)

Estas 20 frases procuram refletir o comportamento da sua família. Escolha a opção que melhor reflete o que sente em relação à sua família:

	<b>Nunca ou quase nunca</b>	<b>Poucas Vezes</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Com frequência</b>	<b>Quase sempre</b>
1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros					
2. Quando solucionamos problemas, costumamos ter em conta a opinião dos nossos filhos					
3. Tanto os pais quanto os filhos aceitamos os amigos que cada um tem					
4. Quando pomos normas em casa temos em conta a opinião dos nossos filhos					
5. Gostamos de fazer coisas nas quais estejamos só nós					
6. Há distintas pessoas que mandam dentro da nossa família					
7. Os membros da nossa família sentem-se mais unidos entre si do que com outras pessoas que não são da família					
8. Na nossa família mudamos a maneira de fazer as coisas					
9. Os membros da nossa família gostam de passar o tempo livre juntos					
10. Nós, pais e filhos, decidimos juntos os castigos					
11. Os membros da nossa família sentem-se muito unidos					
12. Na nossa família são os filhos que tomam as decisões					
13. Quando nos reunimos para alguma atividade, todos estamos presentes					
14. As regras e as normas mudam na nossa família					
15. Facilmente pensamos em coisas que podemos fazer em família					
16. Fazemos turnos para as responsabilidades da casa					
17. Os membros da família consultam-se para tomar decisões					
18. É fácil saber quem manda na nossa família					
19. A união familiar é muito importante para nós					
20. É fácil dizer quem realiza cada tarefa doméstica na nossa casa					