



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE
FAMÍLIAS COM ELEMENTOS ADULTOS OU IDOSOS
DEPENDENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2:
EXPETATIVAS DOS CUIDADORES INFORMAIS**

Catarina Isabel Pires Serra

Leiria, março 2024



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE FAMÍLIAS COM ELEMENTOS ADULTOS OU IDOSOS DEPENDENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES INFORMAIS

**Relatório de estágio final apresentado para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Catarina Isabel Pires Serra

Estudante n.º 5220067

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem
de Cuidados à Família em Contexto de USF ou UCSP, com Relatório

Orientadora: Professora Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, março 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me acompanharam neste percurso formativo e que de algum modo contribuíram para a elaboração deste trabalho, especialmente:

- À Professora Doutora Teresa Kraus, pelo apoio, incentivo e orientação demonstrados durante o ensino clínico final e na realização deste relatório;
- À Professora Doutora Célia Jordão, pela seu acompanhamento nos estágios anteriores;
- À Enfermeira Especialista Luísa Martins, por toda a ajuda, disponibilidade e simpatia;
- A toda a equipa multidisciplinar da USF CampusSaúde, pelo acolhimento e carinho;
- Aos cuidadores informais e às famílias com quem contactei e que tanto me ensinaram;
- Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão demonstrada;
- À minha família e amigos, que me deram ânimo e motivação.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AO - Assistente Operacional
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AT - Assistente Técnico
AVD - Atividade de Vida Diária
B-On - Biblioteca do Conhecimento *Online*
CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo
CI - Cuidadores Informais
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CS - Centro de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
DGS - Direção-Geral da Saúde
DM - Diabetes *Mellitus*
EBSCO - Elton B. Stephens *Company*
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE - Enfermeiro Especialista
EF - Enfermeiro de Família
ESF - Enfermagem de Saúde Familiar
HbA1c - Hemoglobina A1c
HDS - Hospital Distrital de Santarém
HTA - Hipertensão Arterial
IMC - Índice de Massa Corporal
INR - *International Normalized Rating*
IPL - Instituto Politécnico de Leiria
JBI - Joanna Briggs *Institute*
MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar
MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar
MeSH - *Medical Subject Headings*
MF - Médico de Família
MGF - Medicina Geral e Familiar
MIM@UF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde
PCC - População, Conceito e Contexto
PNV - Programa Nacional de Vacinação
RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
RCCR - Rastreio do Cancro do Cólon e Reto
RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero
RIL - Revisão Integrativa da Literatura
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SBC - Cuidar Baseado nas Forças
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SS - Segurança Social
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS - Unidade Local de Saúde
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF - Unidade de Saúde Familiar
USP - Unidade de Saúde Pública
VPN - *Virtual Private Network*

RESUMO

Enquadramento: Este relatório reporta-se à prática clínica desenvolvida na Unidade de Saúde Familiar (USF) CampuSaúde. Numa abordagem inicial caracterizaram-se as famílias do ficheiro da enfermeira especialista (EE) orientadora, tendo-se constatado que a maioria dos utentes são adultos ou idosos, alguns dos quais com diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 e dependentes de cuidados prestados por familiares seus cuidadores informais (CI). Para que o EE em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) possa intervir de forma mais eficaz junto destes CI, implementou-se um estudo de investigação sobre as expetativas dos CI quanto aos cuidados a prestar pelo enfermeiro de família (EF) no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2.

Objetivos: Caracterizar os CI e as famílias de elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; determinar quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EE em ESF; e conhecer o contributo dos cuidados prestados pelo EE em ESF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2.

Metodologia: Foram utilizados 2 métodos de investigação complementares, a revisão integrativa da literatura (RIL) e o estudo de casos múltiplos com 3 famílias, tendo como base o modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar e como referencial teórico o modelo de sistemas de Neuman.

Resultados: A RIL identificou, como expetativas dos CI, que o EE em ESF tenha conhecimentos e experiência no estabelecimento de uma comunicação eficaz, na continuidade de cuidados e no acompanhamento regular, e que os cuidados contemplem a educação em saúde, tenham em conta a língua e a cultura dos destinatários e incluam a família como um todo. O estudo de casos múltiplos permitiu constatar o contributo positivo dos cuidados prestados pelo EE em ESF, uma vez que, após a sua intervenção, o número de stressores diminuiu, os *status* dos diagnósticos melhoraram e a grande maioria dos objetivos foram alcançados.

Conclusão: O desenvolvimento das competências do EE em ESF em contexto de USF e o estudo do acompanhamento de famílias com adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2, baseado em instrumentos e modelos de avaliação e intervenção familiar, facilitaram o estabelecimento de parcerias colaborativas, a valorização das forças familiares e a resposta às necessidades específicas das famílias, permitindo concluir que foram atingidos os objetivos propostos no início do estágio.

Palavras-chave: CI; pessoas dependentes; DM tipo 2; EF

ABSTRACT

Background: This report covers the clinical practice carried out at the CampuSaúde Family Health Unit. In an initial approach, the families in the specialist nurse's file were characterized, and it was found that the majority of clients are adult or elderly people, some of whom have type 2 DM and are dependent on care provided by family members as their informal caregivers. In order for the specialist nurse in Family Health Nursing to be able to intervene more effectively with these informal caregivers, a research study was carried out into the informal caregivers' expectations regarding the care to be provided by the family nurse when accompanying families with adult or elderly dependent family members with type 2 DM.

Objectives: To characterize the informal caregivers and families of adult or elderly dependent family members with type 2 DM; to determine the expectations of the informal caregivers of adult or elderly dependent family members with type 2 DM regarding the care to be provided by the specialist nurse in Family Health Nursing; and to know the contribution of the care provided by the specialist nurse in Family Health Nursing in accompanying families with adult or elderly dependent family members with type 2 DM.

Methodology: 2 complementary research methods were used, an integrative literature review and a multiple case study with 3 families, based on the Calgary model of family assessment and intervention and using Neuman's systems model as a theoretical reference.

Results: The integrative literature review identified, as informal caregivers' expectations, that the specialist nurse in Family Health Nursing should have knowledge and experience in establishing effective communication, continuity of care and regular accompaniment, and that the care should include health education, take into account the language and culture of the recipients and include the family as a whole. The multiple case study made it possible to see the positive contribution of the care provided by the specialist nurse in Family Health Nursing, since, after the intervention, the number of stressors decreased, the status of the diagnoses improved and the vast majority of the objectives were achieved.

Conclusion: The development of the specialist nurse in Family Health Nursing's skills in a family health unit context and the study of the accompaniment of families with dependent adults or elderly people with type 2 DM, based on family assessment and intervention tools and models, facilitated the establishment of collaborative partnerships, the valorization of family strengths and the response to the specific needs of families, allowing us to conclude that the objectives proposed at the beginning of the internship were attained.

Keywords: Informal caregivers; dependent persons; DM type 2; family nurses

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | XI |
| ÍNDICE DE TABELAS..... | XI |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | XII |
| ÍNDICE DE QUADROS..... | XII |
| INTRODUÇÃO..... | 14 |
| PARTE I..... | 16 |
| 1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR. | 17 |
| 1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DA GOLEGÃ..... | 19 |
| 1.1.1. Recursos da Comunidade..... | 21 |
| 1.2. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DA GOLEGÃ..... | 22 |
| 1.2.1. Recursos Humanos..... | 22 |
| 1.3. CARATERIZAÇÃO DA USF CAMPUSAÚDE..... | 23 |
| 1.3.1. Missão e Objetivos..... | 23 |
| 1.3.2. Espaço Físico..... | 24 |
| 1.3.3. Equipamentos e Recursos Materiais..... | 28 |
| 1.3.4. Recursos Humanos..... | 29 |
| 1.3.5. Horário de Funcionamento..... | 29 |
| 1.3.6. Acessibilidade..... | 30 |
| 1.3.7. Circuito do Utente..... | 31 |
| 1.3.8. Atendimento Telefónico..... | 31 |
| 1.3.9. Urgências/Emergências e Acidentes..... | 32 |
| 1.3.10. Articulação com Outras Unidades Funcionais..... | 32 |
| 1.4. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF..... | 32 |
| 1.4.1. Caraterização dos Utentes do Ficheiro da Enfermeira Orientadora..... | 35 |
| 1.5. CONSULTAS DE ENFERMAGEM DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USF..... | 37 |
| 1.5.1. Consulta de Enfermagem de Diabetes <i>Mellitus</i>..... | 38 |
| 1.5.2. Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial..... | 39 |
| 1.5.3. Consulta de Enfermagem de Rastreio Oncológico..... | 40 |
| 1.5.4. Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil..... | 41 |
| 1.5.5. Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Puerpério..... | 42 |
| 1.5.6. Consulta de Enfermagem de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar..... | 43 |
| 1.5.7. Consulta de Enfermagem de Vacinação..... | 43 |
| 1.5.8. Consulta de Enfermagem no Domicílio..... | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 1.5.9. Outras Consultas de Enfermagem..... | 46 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 47 |
| 2.1. FAMÍLIA..... | 47 |
| 2.1.1. Composição da Família..... | 49 |
| 2.1.2. Família Como Sistema..... | 50 |
| 2.1.3. Estrutura da Família..... | 50 |
| 2.1.4. Desenvolvimento da Família..... | 53 |
| 2.1.5. Funções da Família..... | 55 |
| 2.2. SAÚDE FAMILIAR..... | 55 |
| 2.3. AMBIENTE FAMILIAR..... | 56 |
| 2.4. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR..... | 57 |
| 2.4.1. Evolução Histórica..... | 58 |
| 2.4.2. Desenvolvimento Teórico..... | 59 |
| 2.4.3. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar..... | 60 |
| 2.4.4. Níveis de Prática..... | 63 |
| 2.4.5. Padrões de Qualidade..... | 64 |
| 2.5. MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR..... | 66 |
| 2.5.1. Modelo de Calgary de Avaliação Familiar..... | 66 |
| 2.5.1.1. Avaliação Estrutural..... | 67 |
| 2.5.1.2. Avaliação de Desenvolvimento..... | 68 |
| 2.5.1.3. Avaliação Funcional..... | 69 |
| 2.5.2. Modelo de Calgary de Intervenção Familiar..... | 70 |
| 2.5.3. Modelo de Sistemas..... | 70 |
| 2.5.4. Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças..... | 73 |
| 3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR..... | 77 |
| 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS..... | 77 |
| 3.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal..... | 77 |
| 3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade..... | 79 |
| 3.1.3. Gestão dos Cuidados..... | 82 |
| 3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais..... | 84 |
| 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS..... | 85 |
| 3.2.1. Cuida a Família, Enquanto Unidade de Cuidados, e de Cada Um dos Seus Membros, ao Longo do Ciclo Vital e aos Diferentes Níveis de Prevenção..... | 86 |
| 3.2.2. Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção no Âmbito da | |

| | |
|---|------------|
| Enfermagem de Saúde Familiar..... | 91 |
| 3.3. DESCRITORES DE DUBLIN..... | 93 |
| PARTE II..... | 95 |
| 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA..... | 96 |
| 4.1. INTRODUÇÃO..... | 96 |
| 4.1.1. Cuidador Informal..... | 97 |
| 4.1.1.1. Estatuto do Cuidador Informal..... | 99 |
| 4.1.1.2. Motivos de Aceitação do Papel..... | 100 |
| 4.1.1.3. Tarefas..... | 101 |
| 4.1.1.4. Necessidades e Dificuldades..... | 101 |
| 4.1.1.5. Sobrecarga..... | 102 |
| 4.1.1.6. Benefícios e Fontes de Satisfação..... | 102 |
| 4.1.1.7. Estratégias de <i>Coping</i> Utilizadas..... | 103 |
| 4.1.2. Família com Elemento Dependente com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2..... | 103 |
| 4.1.2.1. Adaptação à Doença..... | 104 |
| 4.1.2.2. Adesão ao Regime Terapêutico..... | 104 |
| 4.1.2.3. Necessidades e Dificuldades..... | 105 |
| 4.1.3. Enfermeiro de Família Como Agente Facilitador..... | 106 |
| 4.2. METODOLOGIA..... | 108 |
| 4.2.1. Revisão Integrativa da Literatura..... | 108 |
| 4.2.1.1. Questão de Investigação..... | 109 |
| 4.2.1.2. Objetivos..... | 110 |
| 4.2.1.3. Critérios de Inclusão e de Exclusão..... | 110 |
| 4.2.1.4. Estratégia de Pesquisa e Identificação dos Estudos..... | 110 |
| 4.2.1.5. Seleção dos Estudos..... | 112 |
| 4.2.1.6. Avaliação Crítica da Qualidade dos Estudos..... | 113 |
| 4.2.2. Estudo de Casos Múltiplos..... | 115 |
| 4.2.2.1. Questão de Partida..... | 116 |
| 4.2.2.2. Objetivo..... | 116 |
| 4.2.2.3. População e Amostra..... | 116 |
| 4.2.2.4. Instrumentos de Colheita de Dados..... | 117 |
| 4.3. RESULTADOS..... | 117 |
| 4.3.1. Apresentação dos Resultados dos Estudos..... | 118 |
| 4.3.2. Avaliação das Famílias com Elementos Dependentes com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2..... | 124 |
| 4.4. DISCUSSÃO..... | 133 |

| | |
|--|------------|
| 4.5. CONCLUSÃO..... | 137 |
| 4.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA..... | 139 |
| CONCLUSÃO INTEGRATIVA..... | 141 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 143 |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE I - Processo de Enfermagem a uma Família Tendo por Base o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar | |
| APÊNDICE II - Artigo “Rastreio do Cancro do Colo do Útero” Publicado na Revista + <i>Saúde, Golegã!</i> | |
| APÊNDICE III - Apresentação do Estudo de Investigação | |
| APÊNDICE IV - Estratégia de Pesquisa e Identificação dos Estudos | |
| APÊNDICE V - Seleção dos Estudos | |
| APÊNDICE VI - Instrumentos de Avaliação da Família 1 | |
| APÊNDICE VII - Instrumentos de Avaliação da Família 2 | |
| APÊNDICE VIII - Instrumentos de Avaliação da Família 3 | |
| APÊNDICE IX - Planos de Cuidados | |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Localização e área geográfica do concelho da Golegã..... | 20 |
| Figura 2 - Logótipo da USF CampuSaúde..... | 24 |
| Figura 3 - Polo da Golegã da USF CampuSaúde..... | 24 |
| Figura 4 - Planta do polo da Golegã..... | 25 |
| Figura 5 - Sala de espera do polo da Golegã..... | 25 |
| Figura 6 - Gabinetes de enfermagem e salas de tratamentos do polo da Golegã... | 26 |
| Figura 7 - Polo da Azinhaga da USF CampuSaúde..... | 26 |
| Figura 8 - Planta do polo da Azinhaga..... | 27 |
| Figura 9 - Sala de espera do polo da Azinhaga..... | 27 |
| Figura 10 - Gabinete de enfermagem e sala de tratamentos do polo da Azinhaga. | 27 |
| Figura 11 - Estrutura conceptual da ESF..... | 58 |
| Figura 12 - Desenvolvimento teórico da ESF..... | 59 |
| Figura 13 - Papéis do EE em ESF..... | 63 |
| Figura 14 - Abordagens à família..... | 64 |
| Figura 15 - Diagrama do MCAF..... | 67 |
| Figura 16 - Diagrama do modelo de sistemas..... | 73 |
| Figura 17 - Diagrama do processo em espiral..... | 75 |
| Figura 18 - Diagrama PRISMA..... | 113 |
| Figura 19 - Genograma e ecomapa da família 1..... | 125 |
| Figura 20 - Genograma e ecomapa da família 2..... | 126 |
| Figura 21 - Genograma e ecomapa da família 3..... | 127 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Distribuição dos utentes da USF CampuSaúde por sexo e grupo etário..... | 33 |
| Tabela 2 - Distribuição dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora por sexo e grupo etário..... | 35 |
| Tabela 3 - Indicadores das consultas de enfermagem da USF CampuSaúde..... | 38 |
| Tabela 4 - Indicadores da consulta de enfermagem de DM..... | 39 |
| Tabela 5 - Indicadores da consulta de enfermagem de HTA..... | 39 |
| Tabela 6 - Indicadores da consulta de enfermagem de rastreio oncológico..... | 40 |
| Tabela 7 - Indicadores da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil..... | 41 |
| Tabela 8 - Indicadores da consulta de enfermagem de saúde materna e | |

| | |
|---|-----|
| puerpério..... | 43 |
| Tabela 9 - Indicadores da consulta de enfermagem de planeamento familiar..... | 43 |
| Tabela 10 - Indicadores da consulta de enfermagem de vacinação..... | 44 |
| Tabela 11 - Indicadores das consultas de enfermagem no domicílio..... | 45 |
| Tabela 12 - Número de estudos identificados por motor de busca e por base de dados..... | 112 |
| Tabela 13 - Evolução dos stressores, diagnósticos e objetivos após as intervenções..... | 133 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF CampuSaúde..... | 34 |
| Gráfico 2 - Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora..... | 36 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Desenvolvimento da competência “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”..... | 78 |
| Quadro 2 - Desenvolvimento da competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”..... | 78 |
| Quadro 3 - Desenvolvimento da competência “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”..... | 79 |
| Quadro 4 - Desenvolvimento da competência “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”..... | 80 |
| Quadro 5 - Desenvolvimento da competência “Garante um ambiente terapêutico e seguro”..... | 81 |
| Quadro 6 - Desenvolvimento da competência “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”..... | 82 |
| Quadro 7 - Desenvolvimento da competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”..... | 83 |
| Quadro 8 - Desenvolvimento da competência “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”..... | 84 |

| | |
|--|------------|
| Quadro 9 - Desenvolvimento da competência “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”..... | 84 |
| Quadro 10 - Desenvolvimento da competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” | 86 |
| Quadro 11 - Desenvolvimento da competência “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF”..... | 92 |
| Quadro 12 - Desenvolvimento das competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o grau de mestre..... | 93 |
| Quadro 13 - Questão de investigação da RIL..... | 109 |
| Quadro 14 - Estratégia de pesquisa da RIL..... | 111 |
| Quadro 15 - Estudos selecionados na RIL..... | 113 |
| Quadro 16 - Avaliação crítica da qualidade dos estudos..... | 114 |
| Quadro 17 - Síntese dos dados da RIL..... | 119 |
| Quadro 18 - Avaliação estrutural das famílias do acervo de estudos da RIL..... | 121 |
| Quadro 19 - Avaliação de desenvolvimento das famílias do acervo de estudos da RIL..... | 121 |
| Quadro 20 - Avaliação funcional das famílias do acervo de estudos da RIL..... | 123 |
| Quadro 21 - Avaliação estrutural das famílias do estudo de casos múltiplos..... | 129 |
| Quadro 22 - Avaliação de desenvolvimento das famílias do estudo de casos múltiplos..... | 130 |
| Quadro 23 - Avaliação funcional das famílias do estudo de casos múltiplos..... | 131 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em Contexto de USF ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com Relatório”, integrada no 2º ano, 3º semestre do plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de ESF, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL).

A elaboração deste relatório tem como finalidade dar a conhecer as atividades desenvolvidas, as dificuldades encontradas e as aprendizagens por mim adquiridas durante o período de ensino clínico, assim como analisar e refletir criticamente sobre como as diferentes experiências e oportunidades contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto futura EE e mestre em ESF.

Assim como os estágios anteriores, este último estágio decorreu na USF CampusSaúde, localizada no concelho da Golegã, sob orientação da EE Luísa Martins, entre os dias 7 de setembro de 2023 e 8 de janeiro de 2024, com a duração total de 810 horas, das quais 297,5 horas foram de trabalho presencial no contexto clínico e 200 horas para produção do relatório final sob supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus.

O estágio teve como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do EE;
- Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.

E como objetivos específicos:

- Executar processos de cuidados de enfermagem à família, evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de ESF;
- 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 a capacidade crítico-reflexiva;
- Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do desempenho e das competências desenvolvidas.

Para dar resposta aos objetivos preconizados, este relatório está estruturado em introdução, 4 capítulos de desenvolvimento e conclusão. No primeiro capítulo, serão abordados os

contextos da prática clínica de ESF e será feita a caracterização do local de estágio, dos seus utentes e das consultas de enfermagem que fazem parte da sua carteira de serviços. No segundo capítulo, será apresentada a fundamentação teórica que sustenta a prática especializada em ESF. No terceiro capítulo, será feita uma análise crítico-reflexiva das competências do EE e mestre em ESF adquiridas durante o ensino clínico. O quarto e último capítulo diz respeito à prática especializada baseada na evidência, consistindo num estudo de investigação sobre o contributo dos cuidados prestados pelo EF para o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 e sobre as expectativas dos CI quanto a esses cuidados.

PARTE I

1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Em Portugal, constituem contextos da prática clínica em ESF os cuidados de saúde primários (CSP) e, dentro destes, as USF e as UCSP.

Os CSP são um elemento central do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com importantes funções de promoção da saúde, de prevenção e tratamento da doença e de acompanhamento de qualidade e proximidade à população, devendo o EF ser um eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados neste âmbito (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017; Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A rede portuguesa de CSP foi implementada na década de 1970, com a criação dos Centros de Saúde (CS) de primeira geração (1971), vocacionados para a prevenção e a saúde pública, nomeadamente através da vacinação, da vigilância materno-infantil e da saúde escolar. Na década de 1980, os CS passaram a ser de segunda geração (1982), centrados na atividade médica e com uma estrutura organizativa burocrática, dependentes de Sub-Regiões de Saúde que por sua vez se articulavam com as Administrações Regionais de Saúde. Contudo, este modelo revelou-se desajustado para as necessidades quer dos utentes quer dos profissionais de saúde, o que levou ao desenvolvimento de projetos experimentais de organização na década de 1990, concretamente o Projeto Alfa (1996) e o Regime Remuneratório Experimental (1998) (Monteiro, Pisco, Candoso, Bastos & Reis, 2017).

Em 2005, tendo por base os resultados positivos alcançados com as experiências anteriores em ganhos em saúde, qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos utilizadores e dos profissionais e custo-efetividade, foi iniciada a reforma dos CSP, visando re-centrar o SNS nos CSP através da reconfiguração dos CS em novas unidades funcionais: USF, UCSP, Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Foram ainda extintas as Sub-Regiões de Saúde e criados os Agrupamentos de de Centros de Saúde (ACeS), que são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais CS, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008; Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

As USF, consideradas o acontecimento mais relevante da reforma, são equipas multi-profissionais constituídas por médicos, por enfermeiros e por assistentes técnicos (AT), prestadoras de cuidados de saúde individuais e familiares a uma determinada população, garantindo a acessibilidade, a continuidade, a globalidade e a qualidade dos cuidados

prestados e desenvolvendo a sua atividade com autonomia organizativa, funcional e técnica (Biscaia & Heleno, 2017; Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

A principal mais-valia das USF é o facto de serem constituídas por equipas motivadas, com uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca. As USF devem também orientar a sua atividade pelos seguintes princípios:

- Conciliação: prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- Cooperação: entre todos os elementos da equipa;
- Solidariedade: cada elemento da equipa garante o cumprimento das obrigações dos demais elementos;
- Autonomia: auto-organização funcional e técnica;
- Articulação: ligação entre a atividade desenvolvida pela USF e as outras unidades funcionais do CS;
- Avaliação: adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos da USF;
- Gestão participativa: a adotar por todos os profissionais da equipa (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

As USF podem ser classificadas em 3 modelos de desenvolvimento, consoante o seu grau de autonomia organizacional, o seu modelo retributivo, os incentivos dos seus profissionais, o seu modelo de financiamento e o seu estatuto jurídico:

- Modelo A: corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, bem como do desenvolvimento da prática da contratualização interna;
- Modelo B: é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes;
- Modelo C: tem como característica a existência de um contrato-programa com equipas do sector privado, cooperativo ou social (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2009).

Independentemente do modelo em que se enquadra, cada USF contratualiza e compromete-se a cumprir um plano de ação, isto é, um programa de atuação na prestação

de cuidados de saúde de forma personalizada, que contém o compromisso assistencial da USF, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade, o seu plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Uma vez que as USF privilegiam a estrutura familiar, para cada família deve ser designado 1 médico especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF) e 1 enfermeiro detentor do título de EE em ESF. No entanto, excecionalmente, até à existência em número suficiente de EE em ESF, as USF podem continuar a integrar enfermeiros detentores dos títulos de enfermeiro e de EE noutros domínios de especialização (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017).

As UCSP, por sua vez, são estruturas que prestam cuidados de saúde personalizados, mas que são compostas por médicos, enfermeiros e AT não integrados em USF (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008), por não estarem dispostos ou por não se poderem organizar em USF. Funcionam num modelo mais verticalmente hierarquizado e menos autónomo, semelhante ao modo de trabalhar nos CSP antes da reforma de 2005 (Biscaia & Heleno, 2017).

Em vários estudos realizados ao longo dos anos, as USF demonstram níveis de desempenho e resultados muito positivos e consistentemente superiores aos das UCSP (Biscaia & Heleno, 2017).

Atualmente, está em curso uma nova reforma do SNS, com o objetivo de modernizar a organização dos cuidados de saúde, assente na extinção dos ACeS, na generalização a todo o país das Unidades Locais de Saúde (ULS), que integram os CS e os hospitais debaixo de uma única gestão, e na generalização do modelo B para todas as USF, com os seus profissionais a serem remunerados em função do seu desempenho (Governo da República Portuguesa, 2023).

Com estas alterações, pretende-se facilitar o acesso dos utentes e a sua circulação em função das suas necessidades, reforçar a proximidade e a continuidade da assistência em saúde, apostar na promoção da saúde e na prevenção da doença, estimular a dedicação dos profissionais de saúde ao serviço público e aumentar a capacidade assistencial dos CSP, trazendo deste modo maior satisfação aos utentes e maior motivação aos profissionais (Governo da República Portuguesa, 2023).

1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DA GOLEGÃ

O concelho da Golegã pertence ao distrito de Santarém. Está localizado na margem direita do rio Tejo, no extremo norte da Lezíria, sendo limitado a nordeste pelo município de Vila

Nova da Barquinha, a leste e sueste pela Chamusca, a oeste por Santarém e a noroeste por Torres Novas e Entroncamento (USF CampuSaúde, 2016, 2022).

Este concelho possui uma área de 85 km² e é constituído pelas freguesias de Golegã, Azinhaga e Pombalinho, sendo as distâncias entre a sede de concelho e as outras freguesias de 7 km e 10 km respetivamente (USF CampuSaúde, 2022).



Figura 1 - Localização e área geográfica do concelho da Golegã
Fonte: USF CampuSaúde (2016, p. 6)

A povoação da Golegã teve origem numa estalagem existente no tempo de um dos primeiros reis de Portugal e que se situava num ponto estratégico, junto à principal estrada real, servindo para acolher pessoas de passagem de Lisboa para o norte e para se proceder à muda de “montaria”. Esta estalagem pertencia a uma mulher da Galiza, daí o lugar ser chamado de “Venda da Galega”, mais tarde Golegã (USF CampuSaúde, 2016).

Para além da sua localização, outra das riquezas da Golegã era o seu solo fértil, cuja fama fez com que muita gente se deslocasse até si, incluindo grandes agricultores e criadores de cavalos. Em 1534, o lugar da Golegã foi elevado à categoria de vila por carta de D. João III (USF CampuSaúde, 2016).

Em meados do século XVIII, ligada à venda dos produtos agrícolas da região e à criação de cavalos, surgiu a Feira de São Martinho. Com o apoio do Marquês de Pombal, esta feira começou a ter um importante cariz competitivo, passando a incluir concursos hípicas e diversas competições de raças de cavalos (USF CampuSaúde, 2016).

No século XIX, a Golegã sofreu ações de pilhagem e saque das tropas invasoras francesas. Profundamente liberal, esteve também ligada às lutas entre D. Pedro e D. Miguel. No mesmo século, com base na valorização agrária da região, 2 grandes figuras fixaram-se na

Golegã: Carlos Relvas, comendador, lavrador e artista, e o seu filho José Relvas, democrata ligado à causa republicana (USF CampuSaúde, 2016) que proclamou a implantação da república a 5 de outubro de 1910.

A segunda freguesia do concelho é a Azinhaga. Esta povoação remonta ao período da dominação árabe e o seu nome virá de “azenha”, que significa em árabe “apertar” ou “estreitar”, ou de “*zenagga*”, que significa “muitas azinheiras juntas”. Ao longo dos séculos, as terras da Azinhaga, fertilizadas pelas águas do rio Almonda, foram doadas como “prémio” a diversas ordens e à nobreza, aqui se fundando e desenvolvendo importantes quintas. A Azinhaga teve foral no reinado de D. Sancho II e foi vila independente no reinado de D. João IV. Até 1895, pertenceu ao concelho de Santarém, data a partir da qual passou a pertencer ao concelho da Golegã (USF CampuSaúde, 2016). Foi na Azinhaga que nasceu o escritor José Saramago, vencedor do prémio Nobel da literatura em 1998.

Faz ainda parte deste concelho a freguesia do Pombalinho. Esta freguesia foi na antiguidade uma importante vila romana. Até ao século XVIII, foi a paróquia de Santa Cruz do Pombal, passando a partir daí a designar-se por Pombalinho para a distinguir de outras povoações com o mesmo nome. Em 2013, devido à reorganização administrativa do território efetuada pela Lei n.º 11-A/2013, deixou de pertencer ao concelho de Santarém e foi transferida para o concelho da Golegã (USF CampuSaúde, 2016).

1.1.1. Recursos da Comunidade

O concelho da Golegã tem como principais recursos ao dispor da comunidade:

- Saneamento básico: distribuição pública de água que abrange mais de 95% da população, eletricidade, esgotos, sistema de drenagem e tratamento de águas residuais e recolha diária de resíduos sólidos urbanos;
- Saúde: USF CampuSaúde e UCC Chamusca/Golegã, que está sediada no CS da Chamusca, mas cuja área geográfica de intervenção engloba também o concelho da Golegã;
- Educação: Agrupamento Vertical de Escolas da Golegã, Azinhaga e Pombalinho (do ensino pré-escolar até ao ensino secundário) e Centro Social Paroquial (do berçário até ao ensino pré-escolar e atividade de tempos livres para crianças em idade escolar);
- Apoio social: Santa Casa da Misericórdia da Golegã (centro de dia, apoio domiciliário, residências, centro de apoio temporário de emergência para idosos, centro de férias, centro de convívio e universidade sénior), Santa Casa da Misericórdia da Azinhaga

(centro de dia e apoio domiciliário), Casa do Povo do Pombalinho (centro de dia e apoio domiciliário) e Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);

- Desporto, lazer e cultura: bibliotecas, parques naturais e ornitológicos, conservatório de música, piscinas, complexos desportivos, espaços museológicos, monumentos e igrejas, associações culturais e desportivas (Associação Cultural Cantar Nosso, Rancho Folclórico da Golegã, Rancho dos Campinos de Azinhaga, Núcleo Sportinguista da Golegã, Casa do Benfica da Golegã e Azinhaga Atlético Clube) e eventos (Feira de São Martinho, Expoégua, Salão do Vinho, do Vinagre e do Azeite, Mostra de Gastronomia Ribatejana e Festa do Bodo);

- Transportes: estação de caminhos de ferro de Mato de Miranda, rede rodoviária que assegura as ligações entre as freguesias e com os concelhos vizinhos e transporte público gratuito que faz a ligação entre as povoações do município, assegurado pela Câmara Municipal da Golegã (USF CampuSaúde, 2016).

1.2. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DA GOLEGÃ

O CS da Golegã, onde se insere a USF CampuSaúde, integrou até 31 de dezembro de 2023 o ACeS Lezíria, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). A partir de 1 de janeiro de 2024, passou a fazer parte da ULS Lezíria.

Para além da USF CampuSaúde, a única unidade funcional existente no CS da Golegã é a USP, constituída por 1 técnica de saúde ambiental.

Assim, o espaço físico do CS da Golegã corresponde na sua totalidade ao da USF CampuSaúde, à exceção de 1 gabinete pertencente à técnica de saúde ambiental da USP. O mesmo acontece com os equipamentos e recursos materiais, tal como com o horário de funcionamento do CS.

1.2.1. Recursos Humanos

Para além dos profissionais de saúde da USF CampuSaúde e da técnica de saúde ambiental da USP, trabalham no CS da Golegã outros profissionais que, não integrando a USF, colaboram diretamente com a mesma:

- 1 médico aposentado, contratado por 20h/semana de acordo com o Decreto-Lei n.º 89/2010, para consultas aos utentes sem médico de família (MF);
- 2 médicas internas de MGF;

- 3 assistentes operacionais (AO), sob alçada do município desde outubro de 2022 ao abrigo da Lei n.º 50/2018, para a realização de tarefas várias necessárias ao funcionamento diário da unidade (limpeza, tratamento de roupas e condução da viatura de serviço);
- 1 AO pertencente a uma empresa de limpeza, com contrato de trabalho de 3h/dia, para higienização da unidade de saúde (USF CampuSaúde, 2022).

1.3. CARATERIZAÇÃO DA USF CAMPUSAÚDE

A USF CampuSaúde iniciou a sua atividade a 15 de dezembro de 2010, como USF modelo A (USF CampuSaúde, 2022), tendo-se mantido nessa modalidade de funcionamento até 31 de dezembro de 2023. Em 1 de janeiro de 2024, passou a ser uma USF modelo B.

1.3.1. Missão e Objetivos

A USF CampuSaúde tem como missão:

- Prestar cuidados de saúde com responsabilidade e competência, em tempo útil, garantindo boa acessibilidade, assegurando a todos os utentes cuidados gerais, personalizados, humanizados e a continuidade dos mesmos, de modo a contribuir para a melhoria da saúde dos utentes nela inscritos (USF CampuSaúde, 2022).

O objetivo principal da USF CampuSaúde é servir os utentes do concelho da Golegã com qualidade e excelência. Outros objetivos da equipa de profissionais desta unidade são:

- Prestar ao utente um atendimento humanizado e atempado, com uma cultura de rigor e de qualidade;
- Ser uma USF de referência no que respeita à satisfação dos utentes e dos profissionais que a integram, bem como à qualidade técnico-científica dos cuidados prestados;
- Ser uma equipa competente, dinâmica, rigorosa e inovadora, em interação com a comunidade (USF CampuSaúde, 2022).

Os profissionais da USF CampuSaúde regem-se pelos valores da disponibilidade, da acessibilidade, da competência, do respeito, da responsabilidade, da qualidade, da equidade, da satisfação dos profissionais e utentes, da excelência, da inovação e do trabalho em equipa (USF CampuSaúde, 2022).

Para cumprir a missão e os objetivos a que se propõe, a USF CampuSaúde desenvolve

atividades de educação em saúde, vigilância de saúde, prestação de cuidados em situação de doença e faz a articulação com outras unidades e serviços, no sentido de assegurar a continuidade dos cuidados. Cooperar ainda na formação de diversos grupos profissionais, em diferentes etapas do seu percurso académico (USF CampusSaúde, 2022).

O logótipo da USF CampusSaúde traduz a forma como a equipa vê os cuidados de saúde que presta: a toda a família ao longo do ciclo vital. O formato em árvore e as cores verde e castanho representam os campos férteis da Golegã. A sua ramificação simboliza a vitalidade, a alegria e o movimento, características dos ribatejanos (USF CampusSaúde, 2022).



Figura 2 - Logótipo da USF CampusSaúde
Fonte: USF CampusSaúde (2022, p. 4)

1.3.2. Espaço Físico

A USF CampusSaúde é composta por 2 polos: Golegã e Azinhaga (USF CampusSaúde, 2022).

O polo da Golegã é a sede da USF CampusSaúde e localiza-se na Rua Carlos Mendes Gonçalves, s/n, 2150-204 Golegã, no centro da vila, num local de excelente acessibilidade para a população. Este edifício foi construído propositadamente para o efeito, tendo sido inaugurado em 11 de julho de 2013 (SNS, 2024; USF CampusSaúde, s.d., 2016, 2022).



Figura 3 - Polo da Golegã da USF CampusSaúde

No exterior, existe sinalética a indicar a localização da USF CampusSaúde, lugares de estacionamento na frente do edifício, um parque de estacionamento amplo nas traseiras (com vagas reservadas para ambulâncias e para pessoas portadoras de deficiência), passeios envolventes ao edifício e uma rampa para facilitar o acesso de pessoas com mobilidade reduzida. Na porta principal, encontra-se afixado o horário de funcionamento, assim como outras informações úteis para os utentes. Há uma porta traseira de acesso exclusivo aos funcionários.

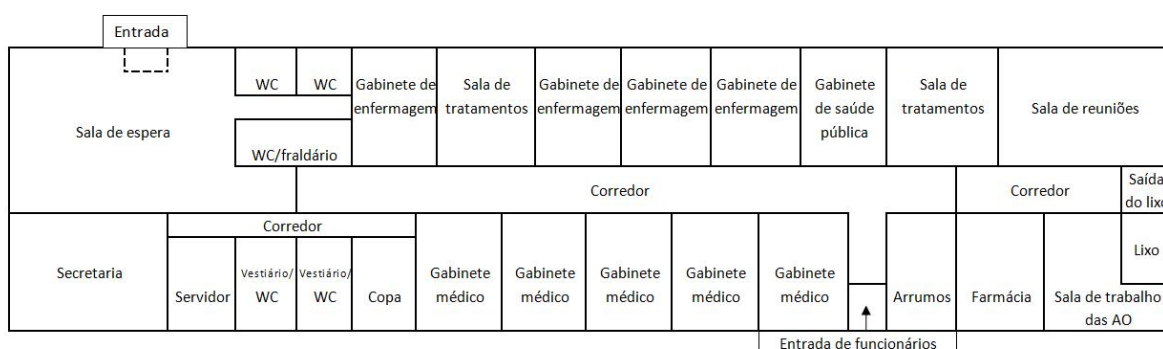


Figura 4 - Planta do polo da Golegã
Fonte: USF CampusSaúde (2022, s.p.)

O edifício encontra-se em bom estado de conservação e possui apenas rés-do-chão. É composto por: sala de espera, casas de banho para os utentes (1 para pessoas do sexo feminino, 1 para pessoas do sexo masculino e 1 adaptada para pessoas com deficiência, que inclui também fraldário), secretaria (com 2 postos de atendimento ao público e 1 zona para trabalho de retaguarda), sala onde se encontra o servidor informático, 4 gabinetes de enfermagem, 2 salas de tratamentos, 5 gabinetes médicos, sala de reuniões, sala de arrumos, farmácia, sala de trabalho das AO, 2 vestiários, 2 casas de banho para os profissionais e copa.



Figura 5 - Sala de espera do polo da Golegã



Figura 6 - Gabinetes de enfermagem e salas de tratamentos do polo da Golegã

Todas as salas são amplas, bem iluminadas e apresentam boas condições de higiene e conforto. Os gabinetes de enfermagem e médicos encontram-se numerados, com o horário de atendimento de cada EF ou MF afixado na entrada do respetivo gabinete. Cada EF dispõe do seu próprio gabinete, onde realiza as consultas de enfermagem aos seus utentes. As salas de tratamentos são partilhadas pela equipa de enfermagem e são utilizadas para os tratamentos de feridas e para a consulta do pé diabético.

O polo da Azinhaga situa-se na Rua da Estação, s/n, 2150-046 Azinhaga (SNS, 2024). Está localizado numa zona central da povoação, num edifício de rés-do-chão que, apesar de não ser novo, foi remodelado em 2008 e apresenta boas condições.



Figura 7 - Polo da Azinhaga da USF CampuSaúde

No exterior, há sinalética a assinalar que ali se localiza a extensão de saúde da Azinhaga, lugares de estacionamento em frente ao edifício, em número adequado, separados da entrada por um passeio acessível a pessoas com mobilidade reduzida. Na porta, estão afixados o horário de funcionamento e alguns cartazes informativos.

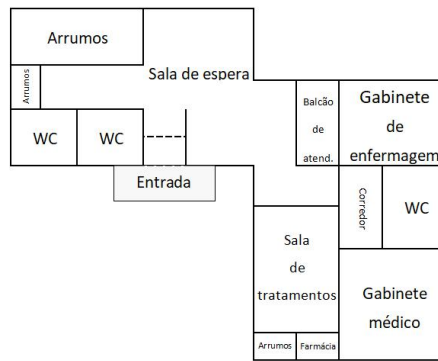


Figura 8 - Planta do polo da Azinhaga

O edifício é constituído por: sala de espera, casas de banho para os utentes (1 para pessoas do sexo feminino, 1 para pessoas do sexo masculino, ambas adaptadas para pessoas portadoras de deficiência), 2 salas de arrumos, balcão de atendimento ao público, sala de tratamentos (com ligação a 1 pequena farmácia e a outra sala de arrumos), gabinete de enfermagem, gabinete médico e casa de banho para os profissionais.



Figura 9 - Sala de espera do polo da Azinhaga

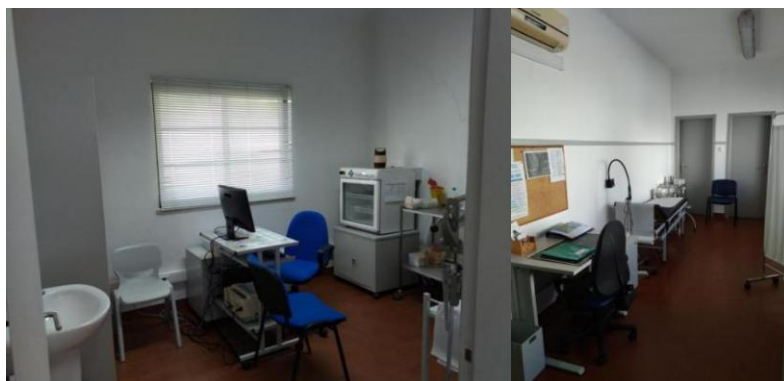


Figura 10 - Gabinete de enfermagem e sala de tratamentos do polo da Azinhaga

1.3.3. Equipamentos e Recursos Materiais

Todos os gabinetes de enfermagem e salas de tratamentos da USF CampuSaúde estão equipados com secretária, cadeiras, computador, telefone, material de escritório, armários, mesas de apoio, candeeiro, marquesa e lavatório. Cada sala apresenta contentores para resíduos dos grupos I e II (equiparados a urbanos), do grupo III (contaminados) e do grupo IV (contentor de corto-perfurantes).

Nos gabinetes de enfermagem, existe também o material de consumo clínico e os equipamentos necessários às consultas existentes: esfigmomanómetro, balanças pediátrica e de adulto, craveiras de criança e de adulto e fita métrica.

Nas salas de tratamentos, encontra-se o material de consumo clínico e farmacêutico necessário para a realização dos tratamentos de feridas e para a administração de medicação, bem como os contraceptivos que são disponibilizados aos utentes no âmbito da consulta de planeamento familiar.

No polo da Golegã, uma das salas de tratamentos possui ainda 1 chuveiro próprio para lavagem dos membros inferiores. Na outra sala de tratamentos, localizam-se o frigorífico para acondicionamento das vacinas e dos medicamentos termolábeis (com termógrafo para controlo das temperaturas), o carro de emergência (com o aspirador de secreções, o desfibrilhador e o oxímetro), o *kit* para tratamento de reações anafiláticas, o medidor da glicemia, o coagulómetro, o analisador de urina automático, o material de avaliação dos pés dos utentes com DM e o equipamento da consulta de enfermagem do pé diabético (incluindo o *doppler* vascular e o micromotor). Esta sala tem também 1 cadeirão onde ficam sentados os utentes durante a realização de terapêutica endovenosa.

Como recursos materiais para a realização de visitas domiciliárias, a USF CampuSaúde dispõe de 1 mala de domicílios e de 1 viatura de serviço.

Relativamente aos sistemas de apoio e informação em enfermagem, em todos os computadores estão instalados os programas informáticos utilizados para o registo dos cuidados prestados: SClínico (para consultas de enfermagem aos utentes e famílias), SClínico Central (utilizado na campanha de vacinação sazonal), Gota (para gestão da terapêutica anticoagulante oral), sistema de informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e SiiMA Rastreios (para gestão dos programas de rastreio).

São também utilizados no dia-a-dia o programa SISQUAL para controlo da assiduidade, o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) para monitorização dos indicadores da USF CampuSaúde e o programa Glintt para requisição e gestão do material de consumo clínico, medicamentos e vacinas.

1.3.4. Recursos Humanos

A equipa multi-profissional da USF CampuSaúde é atualmente constituída por:

- 4 enfermeiras (1 especialista em Enfermagem Comunitária e 3 sem especialidade);
- 2 médicos especialistas em MGF;
- 3 AT (USF CampuSaúde, 2023a).

Para a equipa estar completa, encontram-se em falta mais 2 MF.

Constituem a estrutura orgânica da USF CampuSaúde o coordenador da equipa, o Conselho Técnico e o Conselho Geral. O coordenador é eleito por 1 biénio de entre os elementos médicos da USF e é responsável por ser o interlocutor junto do ACeS Lezíria e da ARSLVT, fazer cumprir o regulamento interno, convocar as reuniões da USF e assegurar a intersubstituição dos profissionais, elaborando uma escala semanal. O Conselho Técnico assume-se como um órgão com responsabilidades técnico-científicas e é composto por 1 médico, 1 enfermeira e 1 AT. O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multi-profissional, cada um com direito a votar em todas as questões relacionadas com a USF. Esta forma de organização visa manter uma proximidade essencial para o bom funcionamento da USF e um saudável relacionamento entre todos os elementos (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007; USF CampuSaúde, 2016, 2022).

Dentro dos vários grupos profissionais que integram a USF CampuSaúde existe uma hierarquia estabelecida, havendo, para além do coordenador, uma interlocutora de enfermagem e uma interlocutora administrativa (USF CampuSaúde, 2022).

A interlocutora de enfermagem é responsável pela gestão da equipa de enfermagem, pela elaboração dos horários das enfermeiras e AO, pela requisição e gestão do material (de consumo clínico, medicamentos e vacinas) e pela formação, tanto interna como de alunos de enfermagem.

A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no método de equipa nuclear ou equipa de família, a qual é formada por 1 MF, 1 EF e 1 AT responsáveis pela mesma lista de utentes/famílias (USF CampuSaúde, 2022).

1.3.5. Horário de Funcionamento

O horário de funcionamento do polo da Golegã da USF CampuSaúde é das 8h às 18h, de

segunda a sexta-feira, sendo o seu horário de atendimento das 9h às 18h (USF CampuSaúde, 2022).

O polo da Azinhaga está aberto às segundas e quintas-feiras das 11h às 12h30 para consultas de enfermagem e às quintas-feiras das 9h às 12h para consultas médicas (USF CampuSaúde, s.d.).

A USF encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados (USF CampuSaúde, 2022).

1.3.6. Acessibilidade

A acessibilidade pode ser definida como sendo a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis (Baleiras & Ramos, 1992, as cited in Remoaldo, 2003). É um conceito muito complexo, que encerra várias vertentes (física; estrutural e funcional; e económica) e variáveis (Remoaldo, 2003).

No que concerne à acessibilidade física da USF CampuSaúde, foram já anteriormente analisadas as suas várias dimensões (localização da unidade de saúde, distância dos transportes públicos, existência de lugares de estacionamento nas imediações e acessibilidade a pessoas com deficiências motoras) e, pelos dados obtidos, podemos considerar que esta USF é de fácil acesso físico aos seus utentes.

Quanto à acessibilidade estrutural e funcional, esta vertente engloba aspetos como o horário da unidade e o tempo de espera para a marcação de uma consulta (Remoaldo, 2003). Durante o seu horário de atendimento, a USF CampuSaúde garante o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, e a continuidade dos mesmos, e procura que o maior número de serviços esteja disponível em todo o horário. O tempo de espera para a marcação de uma consulta varia consoante a situação e/ou o tipo de consulta pretendida. A USF CampuSaúde oferece aos seus utentes os seguintes tipos de consulta:

- Consulta aberta: consulta sem marcação prévia que se destina a atender no próprio dia as situações de doença aguda ou outras que necessitem de uma resposta imediata;
- Consulta programada: consulta pré-marcada para situações não-urgentes, incluindo o seguimento de grupos vulneráveis ou de risco;
- Consulta não presencial: destina-se à renovação de receituário crónico, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e ao atendimento e aconselhamento telefónico (USF CampuSaúde, s.d., 2022).

Embora preconize o atendimento preferencial pela equipa de família, a USF CampuSaúde tem implementado um sistema de intersubstituição, em que o utente é atendido por outro profissional em caso de ausência ou indisponibilidade de um dos elementos da sua equipa (USF CampuSaúde, 2022).

Relativamente à acessibilidade económica, desde janeiro de 2020 que não há lugar ao pagamento de taxas moderadoras nas consultas de CSP, como estabelecido na Lei n.º 95/2019.

É de salientar que os utentes da USF CampuSaúde, no âmbito do questionário de avaliação de satisfação realizado anualmente, se manifestaram como estando maioritariamente satisfeitos ou muito satisfeitos com as condições de acessibilidade oferecidas em todas as vertentes (USF CampuSaúde, 2023b).

1.3.7. Circuito do Utente

O circuito do utente é o conjunto de procedimentos que este deve realizar para ter acesso aos serviços de saúde. O utente pode agendar uma consulta na USF CampuSaúde presencialmente, por telefone ou pela *internet*.

Ao chegar à USF, o utente deve sempre dirigir-se primeiro à secretaria, onde as AT o irão atender e encaminhar conforme a sua necessidade: administrativa, cuidados de enfermagem e/ou médicos, com ou sem marcação prévia. Se o utente tiver consulta agendada, após a efetivação da consulta deverá sentar-se na sala de espera e aguardar que o chamem pelo intercomunicador. Se o utente não tiver consulta agendada, as AT farão o agendamento para quando for possível, consoante a situação, ou entram em contacto com a EF ou o MF para saber a disponibilidade dos mesmos (USF CampuSaúde, s.d.).

No final do atendimento, a EF (se for uma consulta de enfermagem), o MF ou a AT (se for uma consulta médica) realizam a marcação da consulta seguinte. Em maio de 2023, foi implementado um sistema de mensagens automáticas, que relembram o utente da consulta agendada.

1.3.8. Atendimento Telefónico

A comunicação entre o utente e a USF CampuSaúde pode ser efetuada presencialmente, por contacto telefónico, por correio eletrónico ou tradicional, pela caixa de de sugestões e através dos livros de elogios ou de reclamações (USF CampuSaúde, s.d.).

O atendimento e a gestão de chamadas efetuadas para a USF CampuSaúde são assegurados pelas AT. Quando o utente necessita de atendimento telefónico pela sua EF ou MF, a AT encaminha a chamada para o profissional pretendido.

O atendimento telefónico de enfermagem realiza-se ao longo de todo o horário de funcionamento da USF (USF CampuSaúde, 2022), destinando-se ao agendamento de consultas de enfermagem ou ao aconselhamento dos utentes. Se a EF não estiver disponível no momento, a AT toma nota do pedido de contacto e a EF devolve a chamada assim que possível.

1.3.9. Urgências/Emergências e Acidentes

Para dar resposta a situações de doença aguda, a USF possui 2 períodos diários de consulta aberta, um da parte da manhã e outro à tarde (USF CampuSaúde, 2022).

Fora do horário de funcionamento da unidade, ou sempre que a gravidade da situação o justifique, os locais de atendimento de situações agudas e/ou urgentes são os serviços de urgência dos hospitais de referência (Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) e Hospital Distrital de Santarém (HDS)) (USF CampuSaúde, 2022).

1.3.10. Articulação com Outras Unidades Funcionais

A USF CampuSaúde articula-se com outras unidades funcionais nos seguintes âmbitos:

- UCC Chamusca/Golegã: Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), CPCJ, curso de preparação para o parto e parentalidade, intervenção da assistente social, Programa Nacional de Saúde Escolar e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI);
- USP: comunicação de casos de doença de notificação obrigatória diagnosticados na USF, controlo de riscos de saúde pública e protocolo de análise de ixodídeos;
- Polo da Chamusca da URAP: realiza a esterilização do material da USF, segundo indicação do ACeS Lezíria.

1.4. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF

A USF CampuSaúde tem neste momento 5893 utentes inscritos (SNS, 2024). A população inscrita na USF aumentou até 2012 e desde então começou a diminuir progressivamente,

essencialmente devido à atualização de ficheiros que foi feita a nível nacional e a transferências de utentes para outras unidades. Em 2022, houve um aumento significativo no número de inscritos na unidade, relacionado com a situação mundial de migrações, sendo a maioria desses novos utentes de origem afegã, brasileira, indiana e ucraniana (USF CampuSaúde, 2022).

Tabela 1 - Distribuição dos utentes da USF CampuSaúde por sexo e grupo etário

| Grupos etários | | Sexo masculino | Sexo feminino | Total |
|--------------------------------|--------------|----------------|---------------|------------|
| Crianças e adolescentes | < 1 ano | 15 | 21 | 36 |
| | 1-4 anos | 87 | 79 | 166 |
| | 5-9 anos | 134 | 110 | 244 |
| | 10-14 anos | 110 | 126 | 236 |
| | 15-19 anos | 149 | 141 | 290 |
| | Total | 495 | 477 | 972 |
| Adultos | 20-24 anos | 169 | 161 | 330 |
| | 25-29 anos | 140 | 119 | 259 |
| | 30-34 anos | 155 | 135 | 290 |
| | 35-39 anos | 166 | 173 | 339 |
| | 40-44 anos | 196 | 216 | 412 |
| | 45-49 anos | 224 | 238 | 462 |
| | 50-54 anos | 196 | 214 | 410 |
| | 55-59 anos | 189 | 229 | 418 |
| | 60-64 anos | 191 | 212 | 403 |
| Total | 1626 | 1697 | 3323 | |
| Idosos | 65-69 anos | 185 | 168 | 353 |
| | 70-74 anos | 160 | 217 | 377 |
| | 75-79 anos | 134 | 170 | 304 |
| | 80-84 anos | 103 | 158 | 261 |
| | 85-89 anos | 61 | 110 | 171 |
| | 90-94 anos | 32 | 70 | 92 |
| | 95-99 anos | 3 | 22 | 25 |
| | ≥ 100 anos | 3 | 2 | 5 |
| Total | 681 | 917 | 1598 | |
| Total | 2802 | 3091 | 5893 | |

Fonte: SNS (2024)

Quanto à distribuição dos utentes por sexo e por grupo etário, verificamos que:

- 2802 (47,5%) dos inscritos são homens e 3091 (52,5%) são mulheres;
- 972 (16,5%) dos inscritos são crianças e adolescentes, 3323 (56,4%) são adultos e 1598 (27,1%) são idosos;
- Não há diferenças relevantes do número de inscritos de cada sexo por grupo etário, exceto na população idosa, com 681 (42,6%) homens e 917 (57,4%) mulheres, o que indica uma maior esperança média de vida no sexo feminino.

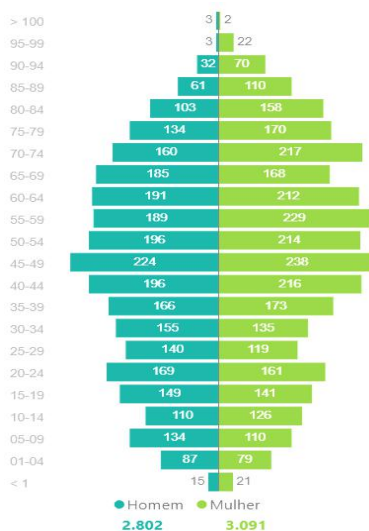


Gráfico 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF CampuSaúde
Fonte: SNS (2024)

Ao analisarmos a pirâmide etária dos utentes inscritos, é possível identificarmos que se trata de uma pirâmide reveladora de uma população envelhecida, pois apresenta uma base mais estreita, indicativa de taxas de natalidade e fecundidade reduzidas, e um topo mais largo, significativo de uma elevada proporção de idosos em consequência da menor taxa de mortalidade e da elevada esperança de vida. Este tipo de pirâmide é típico dos países desenvolvidos, em que existem melhores condições de alimentação, higiene e saúde.

O índice de dependência em idosos (relação entre a população idosa e a população adulta) é de 44,23% e o índice de dependência em jovens (relação entre a população jovem e a população adulta) é de 18,88%, totalizando um índice de dependência total (relação entre a população dependente e a população em idade ativa) de 63,11% (SNS, 2024). Estes dados traduzem também o envelhecimento da população inscrita na USF CampuSaúde.

Os utentes da USF CampuSaúde habitam maioritariamente na freguesia da Golegã (3320 utentes), seguida da freguesia da Azinhaga (1357 utentes) e da freguesia do Pombalinho (366 utentes), o que corresponde a um total de 5043 utentes (85,6% dos inscritos) moradores no concelho da Golegã.¹

Embora a USF CampuSaúde se destine a prestar cuidados de saúde à população do concelho da Golegã, os utentes que não sejam residentes neste concelho mas que demonstrem vontade de se inscrever nesta unidade de saúde podem também fazê-lo, desde que a situação o justifique e a inscrição seja autorizada pelo coordenador (USF CampuSaúde, 2022). Existem 804 utentes (13,6% dos inscritos) da USF CampuSaúde que residem fora da área de abrangência da mesma, provenientes de 126 freguesias,

¹ Dados recolhidos da plataforma MIM@UF no dia 03/01/2024.

pertencentes a 62 concelhos de Portugal. Os concelhos com maior número de habitantes inscritos na USF CampuSaúde são os concelhos vizinhos de Torres Novas (231 utentes), Entroncamento (167 utentes) e Chamusca (85 utentes). 0,8% dos utentes inscritos são de proveniência desconhecida.²

Dos utentes inscritos na USF CampuSaúde, 3663 (61,2%) têm MF atribuído e 2230 (38,8%) são utentes sem MF. Todos os utentes têm EF (SNS, 2024).

Relativamente às patologias com maior ocorrência nos utentes da USF CampuSaúde, estas são: alterações do metabolismo dos lípidos (1843 registos), hipertensão arterial (HTA) sem complicações (1521 registos), perturbações depressivas (1211 registos), síndrome vertebral com irradiação de dores (1143 registos), excesso de peso (1109 registos), obesidade (1079 registos), infeção aguda do aparelho respiratório superior (986 registos), abuso do tabaco (982 registos), distúrbio ansioso (825 registos) e sinais/sintomas da região lombar (677 registos).²

1.4.1. Caracterização dos Utentes do Ficheiro da Enfermeira Orientadora

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007 (2007), a cada EF devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica. A Ordem dos Enfermeiros (OE) considera ainda que, para uma dotação de EF adequada em cada USF, deve ser aplicado o rácio de 1 EF por 1550 utentes, ou 1917 unidades ponderadas, ou 1 EF por 350 famílias (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

As unidades ponderadas obtêm-se pela aplicação dos seguintes fatores: o número de crianças dos 0 aos 6 anos é multiplicado por 1,5, o número de idosos dos 65 aos 74 anos é multiplicado por 2 e o número de idosos com 75 ou mais anos é multiplicado por 2,5 (SNS, 2024).

Tabela 2 - Distribuição dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora por sexo e grupo etário

| Grupos etários | Sexo masculino | Sexo feminino | Total | Unidades ponderadas |
|----------------|----------------|---------------|-------------|---------------------|
| 0-6 anos | 28 | 31 | 59 | 88,5 |
| 7-64 anos | 459 | 454 | 913 | 913 |
| 65-74 anos | 86 | 90 | 176 | 352 |
| ≥ 75 anos | 88 | 127 | 215 | 537,5 |
| Total | 661 | 702 | 1363 | 1891 |

Fonte: Dados recolhidos da plataforma MIM@UF no dia 03/01/2024.

O ficheiro da enfermeira orientadora é composto por 1363 utentes, agregados em 725

² Dados recolhidos da plataforma MIM@UF no dia 03/01/2024.

famílias³, cada uma delas constituída em média por 1,88 elementos. Por unidades ponderadas, este ficheiro corresponde a 1891 unidades ponderadas, estando por isso o número de utentes e o valor de unidades ponderadas de acordo com o que se encontra legislado, enquanto o número de famílias é superior ao previsto.

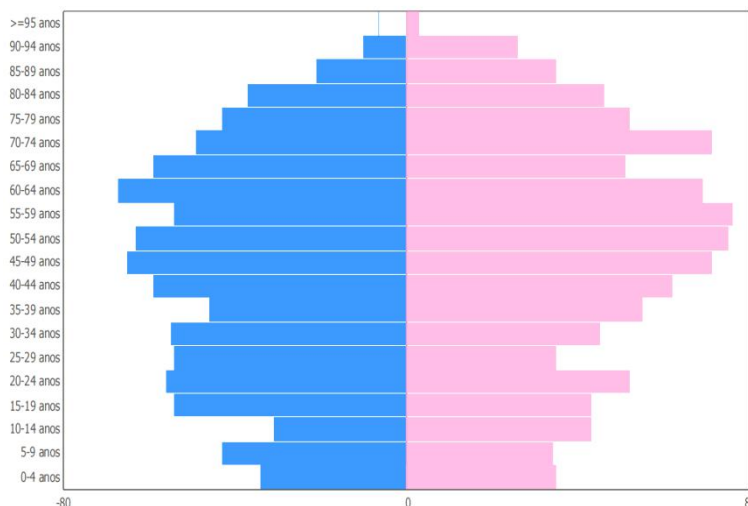


Gráfico 2 - Pirâmide etária dos utentes do ficheiro da enfermeira orientadora
 Fonte: Dados recolhidos da plataforma MIM@UF no dia 03/01/2024.

O ficheiro da enfermeira orientadora apresenta, de um modo geral, características semelhantes às da restante população inscrita na USF CampusSaúde no que se refere à distribuição dos utentes por sexo e por grupo etário:

- 661 (48,5%) dos inscritos são homens e 702 (51,5%) são mulheres;
- 391 (28,7%) dos inscritos são idosos;
- Sem diferenças relevantes do número de inscritos de cada sexo por grupo etário, exceto na população idosa, com 174 (44,5%) homens e 217 (55,5%) mulheres, o que demonstra uma esperança média de vida mais elevada no sexo feminino;
- Uma pirâmide etária característica de uma população envelhecida.

Por programas de saúde, estão inscritos neste ficheiro: 48 utentes (3,5% dos inscritos) no programa de DM, 115 utentes (8,4% dos inscritos) no programa de HTA, 61 utentes (4,5% dos inscritos) no programa de Rastreio Oncológico, 155 utentes (11,4% dos inscritos) no programa de Saúde Infantil e Juvenil, 8 utentes (0,6% dos inscritos) no programa de Saúde Materna e 70 utentes (5,1% dos inscritos) no programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. 25 utentes (1,8% dos inscritos) são considerados dependentes.³

³ Dados recolhidos da plataforma MIM@UF no dia 03/01/2024.

Estes dados dão a conhecer um ficheiro em que a EF tem um papel fundamental na capacitação dos utentes e das famílias nas suas transições de vida, normativas e acidentais, ao longo do ciclo vital, atuando aos diferentes níveis de prevenção.

1.5. CONSULTAS DE ENFERMAGEM DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USF

A carteira básica de serviços é o compromisso assistencial nuclear da USF. Explicita o que é contratualizado como fundamental em termos de cuidados médicos e de enfermagem. Essa contratualização é realizada anualmente e traduz-se em objetivos ou indicadores de desempenho que a USF se compromete a atingir (Portaria n.º 1368/2007, 2007).

A consulta de enfermagem é uma consulta autónoma, programada ou não, presencial ou não presencial, que pode ocorrer em diferentes contextos, permitindo atender às necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados e a referência da pessoa para EE ou outros profissionais (OE, 2021).

A consulta de enfermagem visa a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto-cuidado (Portaria n.º 306-A/2011, 2011). Pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, o profissional envolvido e as ações tomadas (Portaria n.º 207/2017, 2017).

A carteira básica de serviços da USF CampusSaúde compreende a realização de consultas de enfermagem inseridas nos seguintes programas de saúde: DM, HTA, Rastreio Oncológico, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Puerpério, Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar e Vacinação (USF CampusSaúde, 2022, 2023a).

Para cada programa de saúde, existe uma equipa responsável por monitorizar o cumprimento das metas definidas e transmitir essa informação ao Conselho Geral, a fim de se proceder às correções necessárias (USF CampusSaúde, 2016).

No âmbito da carta de compromisso e do plano de ação para 2023, a USF CampusSaúde contratualizou um total de 82 indicadores de desempenho (SNS, 2024). Estes incluem indicadores gerais de avaliação de todas as consultas de enfermagem e indicadores específicos para as consultas de enfermagem em cada um dos programas de saúde.

No plano de ação para 2023, foi identificado como problema que a proporção de consultas realizadas pelo EF se encontrava abaixo do mínimo aceitável. Estabeleceu-se por isso um plano de melhoria, com o objetivo de aumentar o resultado desse indicador, em que a equipa se compromete a incentivar à consulta de enfermagem pela respetiva EF (USF

CampuSaúde, 2023a).

O tempo médio adequado para a realização de uma consulta é 30 minutos (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Na USF CampuSaúde, o tempo programado para cada consulta de enfermagem é de 15 a 30 minutos.

A carteira adicional de serviços são os serviços adicionais ou complementares contratualizados em sede de candidatura ou nas épocas para tal definidas e revistos anualmente (Portaria n.º 1368/2007, 2007). A USF CampuSaúde não tem contratualizadas atividades no âmbito da carteira adicional de serviços.

Tabela 3 - Indicadores das consultas de enfermagem da USF CampuSaúde

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|--|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.005.01 | Proporção de consultas realizadas pelo EF | 65,00% | 70,00% | 88,00% | 92,00% | 58,72% |
| 2013.099.01 | Taxa de utilização de consultas de enfermagem - 3 anos | 65,00% | 76,00% | 100,00% | 100,00% | 58,04% |
| 2017.331.01 | Índice de utilização anual de consultas de enfermagem | 0,65 | 0,76 | 2 | 2 | 0,55 |

Fonte: SNS (2024)

1.5.1. Consulta de Enfermagem de Diabetes *Mellitus*

É uma consulta de enfermagem programada destinada ao acompanhamento e vigilância de utentes com DM, que ocorre em 2 períodos por semana, de forma conexas com a consulta médica ou não.

Nesta consulta, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: dimensões físicas (altura, glicemia, frequência cardíaca, hemoglobina A1c (HbA1c), índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal, peso e pressão sanguínea); aceitação do estado de saúde, adesão a rastreio de visão, adesão à vacinação, auto-administração de medicamentos (medicação oral ou insulina), auto-vigilância da glicemia, auto-vigilância dos pés, comportamento de adesão, comportamento de procura de saúde, gestão do regime terapêutico (regime de exercício, regime dietético e regime medicamentoso), hiperglicemia, hipoglicemia, risco de úlcera diabética, uso de álcool e uso de tabaco (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2008a);
- Familiares: rendimento familiar (dimensão estrutural); papel de prestador de cuidados e processo familiar (dimensão funcional) (Figueiredo, 2012).

Tabela 4 - Indicadores da consulta de enfermagem de DM

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|--|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.036.01 | Proporção de utentes com DM com registo de gestão do regime terapêutico | 60,00% | 75,00% | 100,00% | 100,00% | 70,18% |
| 2013.037.01 | Proporção de utentes com DM com consulta de enfermagem de vigilância em DM no último ano | 70,00% | 87,00% | 100,00% | 100,00% | 77,22% |
| 2013.038.01 | Proporção de utentes com DM com 1 HbA1c por semestre | 50,00% | 77,00% | 100,00% | 100,00% | 67,36% |
| 2013.039.01 | Proporção de utentes com DM com última HbA1c ≤ 8,0% | 55,00% | 70,00% | 100,00% | 100,00% | 65,75% |
| 2013.091.01 | Proporção de utentes com DM < 65 anos com última HbA1c ≤ 6,5% | 20,00% | 33,00% | 55,00% | 70,00% | 20,62% |
| 2013.261.01 | Proporção de utentes com DM com avaliação do risco de úlcera de pé | 70,00% | 87,00% | 100,00% | 100,00% | 74,31% |
| 2015.314.01 | Proporção de utentes com DM com pressão arterial ≥ 140/90 mm Hg | 0,00% | 0,00% | 12,00% | 22,00% | 25,84% |

Fonte: SNS (2024)

1.5.2. Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial

É uma consulta de enfermagem programada direcionada ao acompanhamento e vigilância de utentes com HTA, que se realiza em 2 períodos por semana (1 dos quais de consultas conexas com o MF).

Nesta consulta, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: dimensões físicas (altura, frequência cardíaca, IMC, perímetro abdominal, peso e pressão sanguínea); aceitação do estado de saúde, adesão à vacinação, auto-vigilância da pressão sanguínea, comportamento de adesão, comportamento de procura de saúde, gestão do regime terapêutico, HTA, uso de álcool e uso de tabaco (DGS, 2013a);
- Familiares: rendimento familiar (dimensão estrutural); papel de prestador de cuidados e processo familiar (dimensão funcional) (Figueiredo, 2012).

Tabela 5 - Indicadores da consulta de enfermagem de HTA

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|---|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.018.01 | Proporção de hipertensos com IMC | 65,00% | 80,00% | 100,00% | 100,00% | 60,12% |
| 2013.019.01 | Proporção de hipertensos com pressão arterial em cada semestre | 40,00% | 75,00% | 100,00% | 100,00% | 33,33% |
| 2013.020.01 | Proporção de hipertensos < 65 anos, com pressão arterial < 150/90 mm Hg | 45,00% | 67,00% | 100,00% | 100,00% | 40,89% |

Tabela 5 - Indicadores da consulta de enfermagem de HTA (conclusão)

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|---|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2015.316.01 | Proporção de hipertensos [18; 65[anos, com pressão arterial < 140/90 mm Hg | 23,00% | 40,00% | 100,00% | 100,00% | 29,46% |

Fonte: SNS (2024)

1.5.3. Consulta de Enfermagem de Rastreio Oncológico

Outros dos problemas identificados no plano de ação para 2023 foram a elevada mortalidade por tumores malignos do cólon e do reto e a baixa percentagem de mulheres rastreadas para tumores do colo do útero. Foram também criados planos de melhoria para estas 2 situações, com o objetivo de aumentar a percentagem de população rastreada. Como atividades neste âmbito, a equipa está a promover a adesão aos rastreios, tem divulgado informação à população através de folhetos, cartazes e nas redes sociais (USF CampuSaúde, 2023a) e foi implementada em maio de 2023 uma consulta de enfermagem dedicada ao rastreio do cancro do cólon e reto (RCCR).

Na consulta de enfermagem de RCCR, que para já decorre de forma oportunista, a EF explica ao utente o procedimento a seguir e entrega-lhe um *kit* para que este realize a colheita de fezes em casa. Na segunda-feira seguinte, o utente devolve o *kit* na USF.

Quanto ao rastreio do cancro do colo do útero (RCCU), a colpocitologia é realizada pelo MF em colaboração com a EF, durante a consulta de planeamento familiar.

Em ambos os rastreios, existe uma enfermeira responsável pelo envio semanal das amostras para o armazém do ACeS Lezíria, que por sua vez as encaminha para o hospital, onde são analisadas. Os resultados são disponibilizados à EF e ao MF através da plataforma informática SiiMA Rastreios e estes informam os utentes dos resultados.

Nesta consulta, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: adesão a rastreio, adesão à vacinação, auto-vigilância da mama, comportamento de adesão, comportamento de procura de saúde, dispareunia e exame;
- Familiares: planeamento familiar e satisfação conjugal (dimensão de desenvolvimento); e processo familiar (dimensão funcional) (Figueiredo, 2012).

Tabela 6 - Indicadores da consulta de enfermagem de rastreio oncológico

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|--|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.045.01 | Proporção de mulheres entre 25-60 anos, com RCCU | 41,00% | 60,00% | 100,00% | 100,00% | 32,58% |
| 2013.046.01 | Proporção de utentes [50; 75[anos, com RCCR | 45,00% | 67,00% | 100,00% | 100,00% | 46,24% |

Fonte: SNS (2024)

1.5.4. Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

É uma consulta de enfermagem programada dirigida às crianças e jovens. Realiza-se de forma conexas com a consulta médica nas idades-chave preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: primeira semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5 anos (exame global de saúde), 6 ou 7 anos (final do primeiro ano de escolaridade), 8 anos, 10 anos, entre os 12 e os 13 anos (exame global de saúde) e entre os 15 e os 18 anos (DGS, 2013b). Para além das consultas descritas, são também realizadas consultas de enfermagem semanais até a criança completar 1 mês. Na primeira consulta de enfermagem, entre o 3º e o 6º dia após o nascimento, é realizado o teste de Guthrie (rastreamento de doenças metabólicas).

Na consulta de saúde infantil, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: dimensões físicas (altura/comprimento, frequência cardíaca, IMC, perímetro cefálico, peso e pressão sanguínea); adesão à vacinação, alimentar-se, atividade física, atividade recreativa, comportamento de procura de saúde, desenvolvimento infantil, higiene, higiene oral, mamar, papel de estudante, risco de abuso e negligência, sono e vinculação;
- Familiares: precauções de segurança e rendimento familiar (dimensão estrutural); papel parental (dimensão de desenvolvimento); e processo familiar (dimensão funcional) (DGS, 2013b; Figueiredo, 2012).

Na consulta de saúde juvenil, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: dimensões físicas (altura, frequência cardíaca, IMC, peso e pressão sanguínea); adesão à vacinação, alimentar-se, atividade física, atividade recreativa, comportamento de procura de saúde, desenvolvimento juvenil, higiene, higiene oral, maturação feminina/masculina, papel de estudante, risco de abuso e negligência, sono, uso de contraceptivos e uso de substâncias (álcool, drogas e tabaco);
- Familiares: precauções de segurança e rendimento familiar (dimensão estrutural); papel parental (dimensão de desenvolvimento); e processo familiar (dimensão funcional) (DGS, 2013b; Figueiredo, 2012).

Tabela 7 - Indicadores da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|---|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.031.01 | Proporção de crianças com 7 anos, com peso e altura registados no intervalo [5; 7] anos | 70,00% | 92,00% | 100,00% | 100,00% | 90,00% |
| 2013.032.01 | Proporção de jovens com 14 anos, com peso e altura regis- | 50,00% | 75,00% | 100,00% | 100,00% | 34,04% |

Tabela 7 - Indicadores da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil (conclusão)

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|---|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| | tados no intervalo [11; 14[anos | | | | | |
| 2013.057.01 | Proporção de recém-nascidos com diagnóstico precoce realizado até ao 6º dia | 83,00% | 94,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 2013.059.01 | Proporção de crianças com 2 anos, com peso e altura no último ano | 80,00% | 95,50% | 100,00% | 100,00% | 89,13% |
| 2013.269.01 | Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil no 2º ano | 0,70 | 0,87 | 1 | 1 | 0,75 |
| 2013.302.01 | Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil no 1º ano | 0,82 | 0,93 | 1 | 1 | 0,94 |

Fonte: SNS (2024)

1.5.5. Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Puerpério

É uma consulta de enfermagem programada destinada ao acompanhamento e vigilância da gravidez e do puerpério, realizada à mulher individualmente ou ao casal/família preferencialmente (DGS, 2015). Ocorre em 1 período por semana, de forma conexas com a consulta médica.

Na consulta de saúde materna, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: dimensões físicas (altura, edema, frequência cardíaca, idade gestacional, IMC, parâmetros da urina, peso e pressão sanguínea); adesão à vacinação, alimentar-se, amamentar, atividade física, autocontrolo da infeção, comportamento de procura de saúde, cuidados à pele, desenvolvimento fetal, gravidez, higiene, movimentos fetais, sinais de desconforto, sono, trabalho de parto, uso de substâncias (álcool, drogas e tabaco) e vestuário;
- Familiares: animal doméstico, precauções de segurança e rendimento familiar (dimensão estrutural); adaptação à gravidez e satisfação conjugal (dimensão de desenvolvimento); e processo familiar (dimensão funcional) (DGS, 2015, 2023; Figueiredo, 2012).

Na consulta de puerpério (realizada até 42 dias após o parto), a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: dimensões físicas (altura, frequência cardíaca, IMC, peso e pressão sanguínea); adesão à vacinação, alimentar-se, amamentar, atividade física, comportamento de procura de saúde, dor, hemorragia, ingurgitamento mamário, mastite da lactação, sono, uso de contraceptivo e uso de substâncias (álcool, drogas e tabaco);
- Familiares: precauções de segurança e rendimento familiar (dimensão estrutural); papel

parental e satisfação conjugal (dimensão de desenvolvimento); e processo familiar (dimensão funcional) (DGS, 2015; Figueiredo, 2012).

Tabela 8 - Indicadores da consulta de enfermagem de saúde materna e puerpério

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|---|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.295.01 | Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem na gravidez e com revisão de puerpério | 51,00% | 77,00% | 100,00% | 100,00% | 81,48% |

Fonte: SNS (2024)

1.5.6. Consulta de Enfermagem de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

É uma consulta de enfermagem oportunista ou programada direcionada às mulheres até aos 54 anos e aos homens sem limite de idade (DGS, 2008b), individualmente ou enquanto casal, que se realiza de forma conexa com a consulta médica ou não.

Nesta consulta, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: dimensões físicas (altura, frequência cardíaca, IMC, peso e pressão sanguínea); adesão à vacinação, auto-vigilância da mama, autocontrolo da infeção, comportamento de adesão, comportamento de procura de saúde, dispareunia, exame, fertilidade, menopausa, menstruação, prevenção da gravidez não planeada, uso de contraceptivo e uso de substâncias (álcool, drogas e tabaco);
- Familiares: rendimento familiar (dimensão estrutural); planeamento familiar e satisfação conjugal (dimensão de desenvolvimento); e processo familiar (dimensão funcional) (DGS, 2008b; Figueiredo, 2012).

Os métodos contraceptivos disponibilizados na USF CampuSaúde são: contraceptivo hormonal oral, contraceptivo hormonal injetável, implante, dispositivo intra-uterino, preservativo masculino e contraceptivo de emergência. O implante e o dispositivo intra-uterino são colocados pelo MF, em colaboração com a EF.

Tabela 9 - Indicadores da consulta de enfermagem de planeamento familiar

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|---|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.009.01 | Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar | 25,00% | 42,00% | 75,00% | 80,00% | 19,09% |

Fonte: SNS (2024)

1.5.7. Consulta de Enfermagem de Vacinação

É uma consulta de enfermagem programada para vacinação de crianças e adultos com as

vacinas gratuitas do Programa Nacional de Vacinação (PNV), com as vacinas contra a gripe e contra a Covid-19 no âmbito da campanha de vacinação sazonal ou com vacinas extra-programa adquiridas pelos utentes sob prescrição médica.

Nesta consulta, a EF avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: adesão à vacinação, comportamento de adesão e comportamento de procura de saúde (DGS, 2020);
- Familiares: rendimento familiar (dimensão estrutural); e papel parental (dimensão de desenvolvimento) (Figueiredo, 2012).

Cada EF é ainda responsável pela convocação dos seus utentes com vacinas em atraso, telefonicamente ou por carta.

Tabela 10 - Indicadores da consulta de enfermagem de vacinação

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|--|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.030.01 | Proporção de idosos ou utentes com doença crónica, com vacina da gripe | 45,00% | 55,00% | 100,00% | 100,00% | 56,00% |
| 2013.093.01 | Proporção de crianças 2 anos, com PNV cumprido | 95,00% | 95,00% | 100,00% | 100,00% | 95,65% |
| 2013.094.01 | Proporção de crianças 7 anos, com PNV cumprido | 95,00% | 95,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 2013.095.01 | Proporção de jovens 14 anos, com PNV cumprido | 95,00% | 95,00% | 100,00% | 100,00% | 95,75% |
| 2013.098.01 | Proporção de utentes ≥ 25 anos, com vacina do tétano | 85,00% | 93,00% | 100,00% | 100,00% | 89,84% |

Fonte: SNS (2024)

1.5.8. Consulta de Enfermagem no Domicílio

É a consulta de enfermagem que ocorre no domicílio do utente, entendido como o alojamento familiar ou alojamento coletivo onde este habitualmente reside (Portaria n.º 207/2017, 2017). Dado o envelhecimento da população inscrita na USF CampuSaúde, esta consulta é essencial para responder às necessidades da mesma.

Na USF CampuSaúde, esta é uma consulta programada destinada a utentes com dependência transitória ou crónica (impeditiva de se deslocarem à USF) em situações não urgentes. Além dos utentes, os CI e as famílias também são o alvo desta consulta, para uma melhor e mais eficaz prestação de cuidados (USF CampuSaúde, s.d., 2021).

São critérios para a realização de consulta de enfermagem no domicílio:

- Uteses com dependência transitória ou crónica, não-institucionalizados, inscritos e residentes na área de abrangência da USF CampuSaúde;

- Situações não urgentes, com necessidade de cuidados de enfermagem de âmbito preventivo ou curativo (USF CampuSaúde, s.d., 2021).

Para agendar uma consulta de enfermagem no domicílio, o utente/CI deve solicitar a realização da mesma junto das AT, que encaminham esse pedido para a EF (USF CampuSaúde, 2021).

A consulta de enfermagem no domicílio é realizada diariamente, no período da manhã, por 1 das enfermeiras. Por razões logísticas, essa enfermeira presta cuidados domiciliários a todos os utentes agendados para esse dia, quer sejam seus utentes ou não. Se necessário, pode ser efetuada consulta em conjunto com o MF (USF CampuSaúde, 2021).

Por razões de apoio e segurança, tanto do utente como do enfermeiro, este deve ser acompanhado por outro profissional de saúde (enfermeiro ou não) sempre que presta cuidados no domicílio (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Na USF CampuSaúde, esse acompanhamento é feito por 1 AO, que conduz também a viatura de serviço.

O tempo médio adequado para a realização de uma consulta de enfermagem no domicílio é de 60 minutos, excluindo o tempo para deslocação (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Na USF CampuSaúde, não é possível cumprir esse tempo, para que se consiga dar resposta a todos os utentes.

Na consulta de enfermagem no domicílio, a enfermeira executa os tratamentos necessários e avalia e intervém nos seguintes focos de atenção:

- Individuais: aceitação do estado de saúde, adesão à vacinação, alimentar-se, andar, anquilose, auto-cuidado, comportamento de procura de saúde, comunicação, dispositivos auxiliares (como auxiliar de marcha e cadeira de rodas), dor, eliminação intestinal, eliminação urinária, eritema pelas fraldas, gestão do regime medicamentoso, hidratação, higiene, maceração, posicionar-se, prevenção de úlcera de pressão, risco de queda, serviços comunitários, técnica de exercício muscular ou articular, transferir-se e vestuário (USF CampuSaúde, 2021);
- Familiares: abastecimento de água, animal doméstico, edifício residencial, precauções de segurança e rendimento familiar (dimensão estrutural); papel do prestador de cuidados e processo familiar (dimensão funcional) (Figueiredo, 2012).

Tabela 11 - Indicadores das consultas de enfermagem no domicílio

| Códigos | Indicadores | Mínimos aceites | Mínimos esperados | Máximos esperados | Máximos aceites | Resultados 11/2023 |
|-------------|--|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| 2013.294.01 | Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos idosos | 300,00‰ | 570,00‰ | 1500,00‰ | 1500,00‰ | 403,88‰ |

Fonte: SNS (2024)

1.5.9. Outras Consultas de Enfermagem

Para além das consultas contempladas no plano de ação, a USF CampusSaúde realiza ainda consultas de enfermagem de:

- Hipocoagulação: 1 das enfermeiras da USF realiza 2 vezes por semana consultas de enfermagem programadas aos utentes hipocoagulados, em que determina o *international normalized rating* (INR) do tempo de protrombina e avalia e intervém nos focos de atenção individuais: adesão à vacinação, auto-administração de medicamentos, comportamento de adesão, comportamento de procura de saúde, gestão do regime terapêutico e hemorragia (ACeS Lezíria & HDS, 2016);
- Pé diabético: 1 das enfermeiras da USF realiza 2 vezes por semana consultas de enfermagem programadas aos utentes com DM com pés em situação de risco, em que presta cuidados preventivos recorrendo ao uso do micro-motor, com o objetivo de tratar ou minorar a patologia não-ulcerada do pé diabético e deste modo prevenir lesões do pé precursoras de complicações graves;
- Programa de narcóticos de substituição: consultas de enfermagem programadas de acompanhamento aos utentes inseridos no programa de substituição com metadona, em que a EF avalia e intervém nos focos de atenção individuais: aceitação do estado de saúde, adesão à vacinação, comportamento de adesão, comportamento de procura de saúde, gestão do regime terapêutico e uso de substâncias (álcool, drogas e tabaco);
- Tratamento de feridas: consultas de enfermagem programadas para tratamento de feridas e úlceras, em que a EF avalia e intervém nos focos de atenção individuais: adesão à vacinação, dor, ferida, ferida cirúrgica, ferida neoplásica, ferida traumática, queimadura, úlcera, úlcera arterial, úlcera de pressão, úlcera diabética e úlcera venosa.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Cada vez mais, os cuidados de saúde assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo por isso a diferenciação e a especialização uma realidade crescente para os enfermeiros portugueses (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados e que viu ser-lhe atribuído o título de EE numa das áreas de especialidade em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O EE detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Atualmente, a OE pode atribuir o título de EE em 6 especialidades diferentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No caso da especialidade em Enfermagem Comunitária, esta subdivide-se ainda na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de ESF, cada uma delas com competências específicas próprias de acordo com o seu alvo e contexto de intervenção (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A especialidade em Enfermagem Comunitária na área de ESF surgiu em Portugal com a evolução dos CSP, que têm registado uma dimensão cada vez mais relevante tanto no tratamento da doença como na sua prevenção (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Trata-se de uma realidade recente (2018) e ainda limitada, com apenas 258 EE em ESF inscritos na OE (OE, 2023a). Contudo, prevê-se a sua expansão até que no futuro todos os enfermeiros a exercer nas USF sejam detentores desta especialidade (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017).

Constituem-se como relevantes em ESF os conceitos de família, saúde, ambiente e enfermagem (OE, 2017).

2.1. FAMÍLIA

Família é uma palavra que tem evoluído ao longo do tempo e que evoca diferentes imagens para cada pessoa ou grupo. Pode ser definida como:

- “Um grupo de 2 ou mais pessoas que criam e mantêm uma cultura comum; e cujo objetivo central é a continuidade” (Neuman, 1983, as cited in Hanson, 2005, p. 56);

- “Um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” (Sampaio & Gameiro, 1985, as cited in Alarcão, 2002, p. 39);
- “Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum” (OMS, 1994, as cited in Alarcão, 2002, p. 204);
- “Um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros” (Wright, Watson & Bell, 1996, as cited in Wright & Leahey, 2008, p. 48);
- “2 ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico” (Hanson, 2005, p. 6);
- “Um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus elementos e entre estes e o ambiente, confere-lhe unicidade num contexto de diversidade” (Figueiredo, 2012, p. 70).

Não existe, portanto, uma definição única e consensual para o conceito de família. Este pode ainda ter diferentes significados consoante a área ou paradigma em que é aplicado:

- Legal: grupo de pessoas unidas por consanguinidade, matrimónio ou adoção;
- Biológica: grupo de pessoas com uma rede genética biológica comum;
- Sociológica: grupo de pessoas que vivem juntas;
- Psicológica: grupo de pessoas com fortes laços emocionais (Hanson, 2005).

No âmbito da ESF, considera-se que família é um grupo de indivíduos, cada um com a sua própria experiência biopsicossocial e espiritual, que estão ligados entre si por fortes laços afetivos e apresentam um forte sentimento de pertença. Cada família tem aptidões inerentes e interações próprias e possui o seu próprio conceito de saúde, a sua experiência de doença, a sua cultura e o seu crescimento pessoal, que influenciam a perceção de saúde da família assim como as suas atitudes e objetivos. Todas as famílias têm capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde (OE, 2017).

A ESF reconhece a família como um ecossistema próprio e como o centro de ação do EE em ESF (OE, 2017).

2.1.1. Composição da Família

A composição da família agrega a informação sobre os elementos que fazem parte da família, o vínculo entre os mesmos, as suas datas de nascimento e outros dados considerados relevantes (Figueiredo, 2012).

Nas últimas décadas, as trajetórias de vida individual e familiar passaram por grandes alterações: adiamento do casamento e do nascimento dos filhos; aumento da participação das mulheres na força de trabalho e dos números de casamentos sem filhos, de divórcios, de segundos casamentos, de pessoas a viverem sozinhas, de famílias monoparentais e de famílias do mesmo sexo; e redução do número de casamentos e do tamanho das famílias (Alarcão, 2002; Hanson, 2005).

Consequentemente, as famílias atuais são mais heterogéneas, com uma grande diversidade de tipos de família existentes, que podem ir desde as noções mais tradicionais a outros tipos de família (Hanson, 2005). Não existe um modelo atual de família, mas múltiplos modelos baseados essencialmente no afeto como valor base, emergindo a tendência de auto-definição dos membros da família (Figueiredo, 2012): compete a cada pessoa dizer quem considera a sua família (Hanson, 2005) e a família é quem os seus membros dizem que são (Wright & Leahey, 2008).

A identificação do tipo de família permite assim a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração:

- Família nuclear: casal com 1 ou mais filhos biológicos ou adotados;
- Família alargada: constituída por 3 gerações ou por família nuclear e outros parentes;
- Família sem filhos: casal sem filhos;
- Família reconstituída: em que pelo menos 1 dos elementos do casal teve uma relação marital anterior e 1 filho decorrente desse relacionamento;
- Família monoparental: constituída por figura parental única com 1 ou mais crianças (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

É provável que no futuro surjam ainda mais formas alternativas de família (Hanson, 2005). Apesar destes processos de transformação, a família mantém-se como a unidade básica da construção emocional do ser humano, transformando-o num ser relacional e social, e como o espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012).

2.1.2. Família Como Sistema

A família pode ser considerada como um sistema, pois tal como outros sistemas ela é composta por objetos (neste caso, indivíduos), respetivos atributos e relações, contém subsistemas e é contida por outros supra-sistemas (como a comunidade e a sociedade), ligados de forma hierarquicamente organizada, e possui limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio (Alarcão, 2002).

Dadas as trocas que estabelece com o exterior, recebendo um conjunto de influências ao mesmo tempo que influencia, a família é um sistema aberto e goza das mesmas propriedades dos sistemas abertos:

- Totalidade: a família como um todo não pode ser reduzida à soma dos seus elementos, isto é, a vida da família é mais do que a soma das vidas individuais dos seus membros e o comportamento de cada um deles é indissociável do comportamento dos restantes e afeta a família no seu conjunto;
- Equifinalidade: a condições iniciais idênticas podem corresponder resultados diferentes e vice-versa, dado que as interações familiares e a sua evolução ao longo do ciclo vital são fundamentais para o processo;
- Retroação: o comportamento de um elemento não é suficiente para explicar o comportamento de outro elemento e vice-versa, sendo necessária uma visão circular das interações familiares;
- Auto-organização: o sistema familiar é informacionalmente aberto e organizacionalmente fechado, ou seja, cria as suas próprias determinações e as suas próprias finalidades integrando a informação que recebe (Alarcão, 2002).

2.1.3. Estrutura da Família

A estrutura da família é a “rede invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem” (Minuchin, 1979, as cited in Alarcão, 2002, p. 54), ou seja, é a imagem do funcionamento da família. A sua organização e manutenção resulta das regras universais de organização da família e das expectativas específicas de cada sistema familiar (Alarcão, 2002).

Os subsistemas são as unidades sistémico-relacionais que constituem o sistema familiar. Numa família podemos encontrar os seguintes subsistemas:

- Subsistema individual: composto pelo indivíduo;

- Subsistema conjugal: composto por marido e esposa; deve constituir uma plataforma de suporte para o casal lidar com o stress intra e extra-familiar e um modelo relacional para o estabelecimento das futuras relações de intimidade dos filhos;
- Subsistema parental: habitualmente constituído pelos mesmos adultos do subsistema conjugal (embora em determinadas situações possa variar na sua composição e incluir outros elementos da família), mas com funções executivas (educar e proteger os filhos, ensinar-lhes o sentido da autoridade, da negociação e da gestão do conflito numa relação vertical e desenvolver o sentido de pertença familiar) e de desenvolvimento do sentido de filiação e pertença familiar;
- Subsistema filial: composto pelos filhos;
- Subsistema fraternal: constituído pelos irmãos; é um lugar de socialização, de experimentação de papéis e de desenvolvimento de capacidades relacionais com o grupo de iguais (Alarcão, 2002).

O facto de os subsistemas terem funções diferentes, mas estreitamente relacionadas, dos mesmos indivíduos poderem pertencer simultaneamente a vários subsistemas e da estrutura familiar variar de forma adaptativa ao longo do ciclo de vida da família faz com que seja necessário que se estabeleçam fronteiras ou limites (Alarcão, 2002).

Os limites são linhas divisórias entre os diferentes subsistemas e também entre a família e o meio envolvente, definindo quem participa em que subsistema e protegendo a diferenciação do sistema familiar. Existem 3 tipos de limites:

- Limites claros: delimitam de forma clara o espaço e as funções de cada membro da família ou subsistema;
- Limites difusos: são marcados por uma enorme permeabilidade e pouca diferenciação entre os subsistemas;
- Limites rígidos: dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas (Minuchin, 1979, as cited in Alarcão, 2002).

A partir da diferenciação e permeabilidade dos limites, a família pode ser classificada num *continuum* que se situa entre 2 polos de funcionamento extremos:

- Família emaranhada: é aquela que se fecha sobre si mesma, reduzindo as distâncias interpessoais e misturando as fronteiras entre indivíduos, subsistemas e gerações (limites rígidos com o exterior e difusos no interior); a indiferenciação do sistema intra-familiar pode restringir as suas capacidades de adaptação e de autonomia;
- Família desmembrada: estabelece limites excessivamente rígidos no seu interior e

difusos com o exterior; a comunicação entre os subsistemas é difícil, as funções de proteção da família estão diminuídas e os membros da família funcionam de forma individualista (Minuchin, 1979, as cited in Alarcão, 2002).

Mesmo numa família funcional poderão haver períodos de maior emaranhamento ou desmembramento consoante a etapa do ciclo vital em que a esta se encontra (Minuchin, 1979, as cited in Alarcão, 2002).

A forma como a família se organiza, e o modo como cada uma das suas unidades ou subsistemas estão distribuídos, baseia-se no padrão de relacionamento entre os membros, formando estruturas de poder e papéis (Figueiredo, 2012).

Os papéis familiares são definidos como as expectativas de comportamentos, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição e que se assumem como componentes da organização familiar. As expectativas do papel traduzem a forma como o indivíduo deve agir quando colocado numa determinada posição familiar ou social e como os outros devem agir em relação ao mesmo (Figueiredo, 2012).

Consideram-se como papéis familiares com impacto na estrutura do sistema familiar:

- Papel parental: ações e interações por parte dos pais que abrangem o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental;
- Papel de cuidado doméstico: abrange o desempenho das responsabilidades domésticas;
- Papel de gestão financeira: associado à administração da economia doméstica;
- Papel de parente: caracterizado pela manutenção do contacto com a restante família e amigos, permitindo a consolidação de laços familiares;
- Papel de prestador de cuidados: padrão interacional que visa dar apoio a um dos membros da família que se encontra dependente no auto-cuidado;
- Papel de provedor: responsável pela entrada de bens financeiros;
- Papel recreativo: relacionado com a iniciativa de atividades lúdicas, de tempos livres e de atividades recreativas conjuntas (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

A tensão no desempenho de um papel familiar pode surgir quando há conflito, falta de conhecimento, falta de consenso, incapacidade para definir a situação ou saturação do papel (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

2.1.4. Desenvolvimento da Família

O desenvolvimento familiar reporta-se à mudança da família enquanto grupo bem como às mudanças individuais nos seus membros. Este processo denomina-se ciclo vital da família e consiste numa sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas que caracterizam as suas etapas (Relvas, 1996, as cited in Alarcão, 2002).

São critérios de diferenciação das etapas do ciclo vital: entrada ou saída de elementos e/ou de subsistemas do sistema familiar, tarefas de desenvolvimento a realizar e mudanças funcionais e estruturais a operar. Contudo, a fronteira entre as várias etapas não é rígida, o que significa que as tarefas desenvolvimentais de uma etapa não cessam no exato momento em que se inicia a seguinte e frequentemente começam a ser preparadas na etapa anterior. Existem também famílias em que a discrepância etária na fratria é muito grande, o que as obriga a realizar simultaneamente tarefas de etapas diferentes (Alarcão, 2002).

A marcação das diferentes etapas do ciclo vital varia consoante os autores. A primeira classificação do desenvolvimento familiar foi apresentada na década de 1950 por Duvall e Miller e revista em 1985, sendo composta por 8 etapas que descrevem a formação e a evolução da família nuclear. Outras classificações são as de McGoldrick e Carter (1982) e de Minuchin e Fishman (1990). McGoldrick e Carter integram ainda variações do ciclo vital referentes ao divórcio e ao recasamento (Figueiredo, 2012). O ciclo vital tem nessas configurações familiares algumas particularidades distintas da família nuclear tradicional (Alarcão, 2002).

Relvas (1996, as cited in Alarcão, 2002) propõe como etapas do ciclo vital da família: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; e família com filhos adultos.

A formação do casal coincide com a formação do subsistema conjugal. A autonomia e a diferenciação do mesmo relativamente às famílias de origem supõem um movimento centrípeto, de fecho. As tarefas nesta etapa são a clarificação das fronteiras com outros sistemas, a definição do modelo conjugal e o desenvolvimento de uma comunicação funcional (Alarcão, 2002).

A família com filhos pequenos surge com o nascimento do primeiro filho. A chegada do novo membro dá origem a 2 novos subsistemas, o subsistema parental e o subsistema filial, e inicia um movimento centrífugo, de abertura familiar ao exterior, nomeadamente às famílias de origem. Com o nascimento de mais uma criança nasce um outro subsistema, o

subsistema fraternal, e a trama relacional complexifica-se. Nesta etapa, para além da manutenção das funções conjugais, o casal tem como tarefa fazer crescer os filhos, socializando-os e possibilitando-lhes a construção de uma identidade própria que lhes permitirá alcançar níveis crescentes de autonomia (Alarcão, 2002).

A família com filhos na escola é o primeiro grande teste ao cumprimento da função externa (socialização e adaptação da criança à cultura) e da função interna da família (autonomia e individualidade da criança). Nesta etapa, marcada por uma clara abertura ao exterior, o sistema parental vê-se confrontado com a necessidade de coabitar com outro sistema executivo, a escola. A situação ideal é a de cooperação e comunicação funcional entre ambos os sistemas. A autonomização e a separação constituem as tarefas da família nesta etapa (Alarcão, 2002).

A família com filhos adolescentes é uma etapa de grandes mudanças, em que todos se tornam de alguma forma novidade para os restantes. A gestão da relação pais-filhos constitui um desafio: embora haja necessidade de que os pais se mantenham como sistema executivo da família e de que se mantenham relações verticais entre pais e filhos, é necessário que a amplitude dessa verticalidade se reduza, que a negociação se amplifique e que se flexibilizem com coerência as regras familiares. A família alcança uma maior abertura ao exterior, com o grupo de pares a desempenhar um papel relevante em que oferece ao adolescente um suporte na contenção das suas angústias, na experimentação de papéis, na vivência de afetos e no desenvolvimento de atitudes, valores e ideias. As tarefas nesta etapa são a continuação da autonomização e da separação, a expansão relacional, a recentração na vida conjugal e profissional por parte da díade adulta e o início do seu apoio à geração mais velha (Alarcão, 2002).

A família com filhos adultos constitui um período marcado por múltiplas saídas e entradas de elementos no sistema familiar e por transformações relacionais importantes, sendo classificada como os “anos acordeão” da vida da família: dela partem os filhos, para frequentemente trazerem novos membros (genros, noras e netos), novos papéis e novas relações; já os pais das famílias de origem podem ter que ser acolhidos, temporária ou definitivamente, devido à perda de capacidades e/ou ao aparecimento de situações de doença. Esta situação relacional confere ao casal o estatuto particular de “geração sanduíche”. As tarefas a realizar pelo casal são facilitar a saída dos filhos de casa, permitindo-lhes uma construção autónomas das suas próprias vidas, renegociar a sua relação num contexto de reavaliação do casamento e de balanço individual e profissional e aprender a lidar com o envelhecimento, primeiro com o das gerações mais idosas e depois com o seu próprio (Alarcão, 2002).

2.1.5. Funções da Família

As funções familiares correspondem às que a família, enquanto grupo, desenvolve no sentido de sobreviver como sistema social e, simultaneamente, contribuir para a sociedade (Minuchin, 1990, as cited in Figueiredo, 2012).

São funções da família como sistema social: a adaptação familiar aos ambientes interno e externo; a integração de modo a manter a coesão, a solidariedade e a identidade da família; a manutenção de padrões e o controlo da tensão resultantes das expetativas dos elementos da família sobre os comportamentos a adotar, no contexto do sistema de valores familiares; e a realização de objetivos como forma de promover o compromisso entre os seus membros (Hanson, 2005).

São funções sociais da família: a satisfação das necessidades básicas dos seus elementos; a função afetiva; a função económica; a função educativa e socializante; a função de estatuto social; a função protetora; a função de provedora de cuidados de saúde; a função de relação; a função religiosa e cultural e a função reprodutora (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

2.2. SAÚDE FAMILIAR

A saúde familiar é um processo dinâmico vivenciado pela família, que inclui a interação entre bem-estar e doença reflexo de um paradigma holístico e que fomenta a noção de que as relações familiares são fulcrais para a saúde da família. A saúde da família engloba não só a saúde dos indivíduos como partes independentes como também a interação da saúde individual com a família em si e a saúde da família como unidade (OE, 2017).

A saúde familiar está associada à capacidade da família em desenvolver as suas funções e responder às necessidades materiais, emocionais e espirituais dos seus membros (Figueiredo, 2012). O sistema de valores da família, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus elementos, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos (Duhamel, 1995, as cited in Figueiredo, 2012).

Deste modo, a análise da saúde familiar deve incluir a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar, nos seus aspetos biológico, psicológico, espiritual, social e cultural (Hanson, 2005).

Uma família saudável é aquela que: aceita e apoia cada elemento da família; admite a

existência de problemas e procura ajuda; comunica e ouve; conhece rituais e tradições; dá valor ao serviço prestado pelos outros; demonstra ter sentido de responsabilidade partilhada; desenvolve um espírito de confiança; ensina a distinguir o certo do errado; ensina o respeito pelos outros; gosta de brincar e tem sentido de humor; interage de forma equilibrada; partilha tempo livre; e respeita a privacidade de cada membro (Curran, 1983, as cited in Hanson, 2005).

O funcionamento saudável da família é importante porque:

- Os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar;
- A família afeta a saúde e bem-estar dos seus elementos e os acontecimentos, práticas e problemas de saúde de cada membro afetam o sistema familiar;
- A eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando se dá ênfase à família e não apenas ao indivíduo;
- A promoção, manutenção e restauração da saúde familiar contribui para a sobrevivência da sociedade (Hanson, 2005).

Em situações de doença, a família funciona como um sistema de saúde para os seus elementos, em que acompanha e avalia o seu estado de saúde, toma decisões em caso de queixas ou sintomas de mal-estar e pede auxílio aos seus significantes e/ou profissionais de saúde (Hanson, 2005).

Face a alterações dos processos de saúde da família, a família pode responder adaptando-se e evoluindo ou então manter os mesmos padrões, tentando manter-se em funcionamento (Figueiredo, 2012). São fatores associados à capacidade de adaptação da família perante a doença de um dos seus membros: a natureza da doença e a sua duração; os papéis familiares e sociais do membro com doença; o nível socioeconómico da família; a etapa do ciclo vital em que esta se encontra (McCubin, 1993, as cited in Figueiredo, 2012); e a eficácia da família em mobilizar os seus recursos de *coping*, essencialmente os de natureza relacional e afetiva (Figueiredo, 2012).

Além da capacidade adaptativa do sistema familiar, as capacidades de aprendizagem e de desenvolvimento constituem-se como dimensões essenciais na manutenção ou melhoria do funcionamento familiar presente e futuro (Friedman, 1998, as cited in Figueiredo, 2012).

2.3. AMBIENTE FAMILIAR

A família, em todos os seus aspetos biopsicossociais e espirituais e na sua complexidade

cultural, interage com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo também influenciada ao longo do tempo. O modo como os elementos da família interagem dentro de contextos ambientais comuns influencia a saúde familiar. O enfermeiro colabora com a família de modo a criar ambientes que promovam a saúde e bem-estar, assim como a gestão rápida de sintomas e a prevenção de doenças (OE, 2017).

O ambiente familiar é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais interdependentes que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade:

- **Microssistema:** é o contexto imediato onde os membros da família interagem entre si e onde desenvolvem os seus papéis familiares, de acordo com as funções e as finalidades do sistema familiar;
- **Mesosistema:** são os contextos mais amplos em que os elementos da família participam ativamente e com os quais estabelecem vínculos, como as famílias de origem, a vizinhança, os grupos de amigos, o trabalho e a rede comunitária;
- **Exossistema:** são os contextos que não envolvem os membros da família como participantes ativos, mas que podem causar perturbações estruturais no microssistema ou nas interações deste com o mesossistema, por exemplo através de alterações estruturais e organizacionais nas instituições de saúde, de educação e profissionais com quem o sistema familiar interage;
- **Macrossistema:** é o nível mais amplo do ambiente, que integra os padrões institucionais, a cultura e os sistemas de crenças e ideologias;
- **Cronossistema:** são as mudanças que ocorrem ao longo do tempo na família e no ambiente (Figueiredo, 2012).

Assim, integrada num espaço físico e relacional específico, com características culturais e políticas definidas, a família constrói uma história exclusiva ao longo da sua existência (Figueiredo, 2012).

2.4. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A ESF baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde familiar (OE, 2017). O foco dos cuidados especializados em ESF são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, bem como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, gerando mudanças nos processos intra-

familiares e na interação da família com o seu ambiente (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

A ESF é definida como o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem. A ESF toma em consideração e, ao mesmo tempo, perpassa o indivíduo, a família e a comunidade, com o objetivo de promover, manter e restaurar a saúde das famílias, que é importante para a sobrevivência da sociedade (Hanson, 2005).

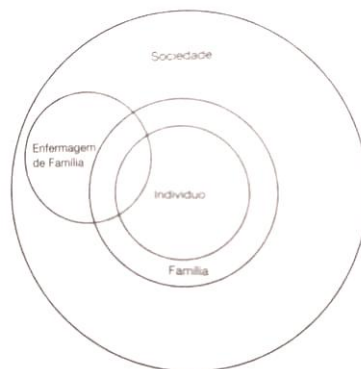


Figura 11 - Estrutura conceitual da ESF
Fonte: Hanson (2005, p. 8)

2.4.1. Evolução Histórica

A preocupação em integrar a família como foco de atenção surgiu com o início da enfermagem, demonstrada pelo “ensino da saúde em casa”, pela implementação dos cuidados de enfermagem no domicílio, pelo acolhimento das famílias das pessoas internadas nos hospitais e pela promoção de práticas que incluíam os membros da família (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

No entanto, com a evolução tecnológica e com as mudanças significativas na estrutura e dinâmica familiares ocorridas nos séculos XIX e XX, os cuidados de saúde foram transferidos para o contexto hospitalar e as famílias excluídas de alguns dos acontecimentos importantes do seu ciclo vital, como o nascimento e a morte (Figueiredo, 2012).

No final do século XX, o maior acesso à informação, as alterações sociodemográficas que alteraram as necessidades de saúde e as transformações dos paradigmas sociais levaram à reestruturação dos sistemas de saúde, direcionando a prestação de cuidados de saúde de novo para a comunidade e para a família (Figueiredo, 2012).

Nesse sentido, os primeiros EF juntaram-se e começaram a definir o âmbito da prática, os conceitos de ESF e o modo de ensinar esta informação à geração seguinte de enfermeiros (Hanson, 2005).

Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu documento *Saúde 21*, reconheceu o papel dos EF, que, pela sua proximidade e pelas suas competências no âmbito dos cuidados ao longo do ciclo vital e na promoção das respostas adaptativas às transições, se encontravam em posição privilegiada para potenciar a co-criação dos projetos de saúde dos indivíduos e das famílias (OE, 2017).

2.4.2. Desenvolvimento Teórico

A ESF tem o seu desenvolvimento conceptual fundamentado em teorias das ciências sociais, em teorias da terapia familiar e em modelos e teorias de enfermagem, cuja integração permitiu a sua consolidação enquanto campo disciplinar (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

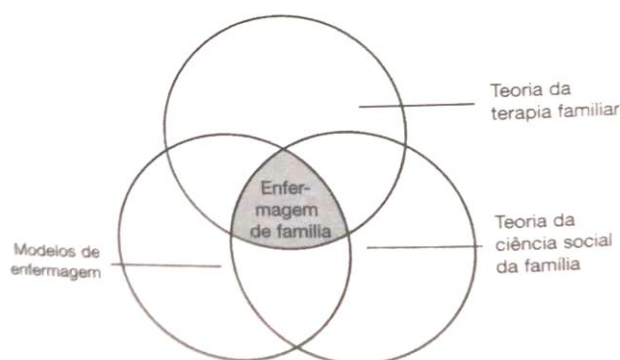


Figura 12 - Desenvolvimento teórico da ESF
Fonte: Hanson (2005, p. 8)

As teorias das ciências sociais são as mais desenvolvidas e informativas acerca dos fenómenos da família. Possibilitam a descrição das interações e dinâmicas dentro da família, das alterações ocorridas na família ao longo dos tempos, das funções familiares, das reações da família à saúde e à doença e do intercâmbio entre ambiente e família (Hanson, 2005).

São teorias das ciências sociais que contribuem para a compreensão das famílias e para a prática de ESF: teoria estruturo-funcional, teoria geral dos sistemas, teoria do desenvolvimento, teoria interativa, teoria do stresse, teoria da mudança, teoria do caos, teoria do intercâmbio social, teoria do conflito, teoria ecológica, teoria antropológica/multicultural e teoria da fenomenologia (Hanson, 2005).

As teorias da terapia familiar foram as que mais contribuíram para o desenvolvimento da teoria, prática, investigação e educação em ESF. Oferecem conceptualizações razoavelmente desenvolvidas da família e, como são provenientes da prática profissional,

são facilmente aplicáveis à prática de ESF (Hanson, 2005).

As abordagens à terapia familiar consideradas úteis para a ESF são: terapia familiar estrutural, terapia familiar de sistemas, terapia familiar interativa, terapia psicodinâmica, terapia experiencial, terapia humanística, terapia estratégica, terapia comportamental/cognitiva, terapia narrativa e terapia orientada para a solução (Hanson, 2005).

Os modelos e teorias de enfermagem proporcionam à ESF uma preciosa compreensão sobre as reações humanas e as relações entre pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Originalmente, quase todos os modelos e teorias de enfermagem se centravam no indivíduo e não na família. Contudo, alguns deles evoluíram e contribuíram para a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e simultaneamente para a afirmação conceptual da ESF (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Os modelos e teorias aplicáveis à prática de ESF são: a teoria da consecução de objetivos de Imogene King, o modelo e a teoria de adaptação de Callista Roy, o modelo de sistemas de Betty Neuman, a teoria do défice de auto-cuidado de Dorothea Orem, a teoria dos seres humanos unitários de Martha Rogers, a teoria da estrutura da organização sistémica de Marie-Louise Friedemann, a teoria dos cuidados culturais de Madeleine Leininger, a filosofia e ciência do cuidar de Jean Watson, a teoria de enfermagem psicodinâmica de Hildegard Peplau, o modelo de interação pais-filhos de Kathryn Barnard e o modelo de saúde de Margaret Newman (Hanson, 2005).

2.4.3. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

O EE em ESF, ou EF, é o profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2017).

Cada EE em ESF é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

O EE em ESF tem como missão:

- A prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- A prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo

quanto nos seus membros individualmente;

- A identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- O reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde;
- Ser parceiro na gestão na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia;
- Ser elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde;
- Ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

A prática do EE em ESF é concebida numa relação de parceria efetiva com a família, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade, e não tanto nas suas doenças ou problemas (OE, 2017).

O EE em ESF aplica os seus conhecimentos na avaliação da saúde familiar, considerando a interação dinâmica entre a saúde dos seus membros e a saúde da família enquanto unidade de cuidados, em termos espirituais, antropobiológicos, culturais, espirituais e sociais (OE, 2017).

O EE em ESF possui um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica com a família e descobrir quais os significados e sentidos que esta atribui aos processos de saúde-doença, norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas (OE, 2017).

O EE em ESF tem o compromisso e a obrigação de apoiar a família e possui conhecimentos especializados para dar resposta às necessidades biológicas, sociais e espirituais da família, manter a saúde da família e gerir melhor os problemas de saúde vivenciados por esta (OE, 2017).

O EE em ESF interage com a família a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas, a formulação de diagnósticos de enfermagem, prognósticos e objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Na implementação de um plano de ação, o EE em ESF negocia com os elementos da família e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir o equilíbrio dinâmico do sistema familiar e o seu funcionamento efetivo (Regulamento n.º

367/2015, 2015).

O EE em ESF é o facilitador da autonomia da família na adaptação contínua nos processos de saúde-doença, gerindo e organizando os cuidados de saúde e os recursos internos e externos à família (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

O EE em ESF trabalha inserido numa equipa multidisciplinar; promove os ganhos em saúde; age de forma intencional e crítica; parte da investigação que emerge da prática de cuidados; e investe em processos de formação contínua (OE, 2017).

Em suma, o EE em ESF presta cuidados de enfermagem especializados a todas as famílias pelas quais está responsável, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital, os fatores de stresse familiares que implicam transições de saúde e doença, as forças e os recursos da família e as suas respostas a problemas reais e potenciais (OE, 2017).

Deste modo, o EE em ESF pode desempenhar os seguintes papéis, tendo sempre a família como centro da sua atividade:

- Educador de saúde: ensina sobre saúde, doença e relações familiares;
- Coordenador, colaborador e intermediário: coordena os cuidados que a família recebe, colabora com a família no planeamento desses cuidados e ajuda a família a aceder aos recursos de que necessita;
- Executante, supervisor e perito: executa e supervisiona os cuidados que a família recebe, sendo um perito em termos de conhecimentos e capacidades;
- Advogado: defende as famílias com quem trabalha;
- Consultor: pode ser consultado pelos serviços de saúde para facilitar os cuidados centrados na família;
- Conselheiro: desempenha um papel terapêutico ao ajudar a família a resolver problemas ou a mudar o seu comportamento;
- Epidemiologista: envolve-se na deteção e tratamento de doenças na família;
- Modificador do ambiente: ajuda a família a alterar o seu ambiente;
- Explicador e intérprete: explica e interpreta informações para a família;
- Substituto: pode desempenhar temporariamente outros papéis;
- Investigador: identifica problemas e descobre a melhor solução para lidar com eles através da investigação científica;

- Modelo de identificação: serve de modelo através dos seus comportamentos;
- Supervisor de processos: coordena a colaboração entre a família e o sistema de saúde (Hanson, 2005).



Figura 13 - Papéis do EE em ESF
Fonte: Hanson (2005, p. 14)

2.4.4. Níveis da Prática

A família pode ser encarada de acordo com 4 abordagens, perspetivas ou visões:

- Família como contexto do desenvolvimento individual: é a perspetiva tradicional da enfermagem, em que o indivíduo é colocado em primeiro plano e a família em segundo;
- Família como cliente: a família é considerada como a soma dos seus membros e o foco de atenção está centrado na avaliação e prestação de cuidados a cada um deles;
- Família como sistema: a família é entendida como um sistema interativo em que o todo é maior que a soma das suas partes e a abordagem concentra-se simultaneamente no indivíduo e na família, dando ênfase às interações entre os elementos da família;
- Família como uma componente da sociedade: a família é vista como uma das muitas instituições dentro da sociedade, que interagem entre si para receber, trocar ou fornecer comunicação e serviços (Hanson, 2005).

A ESF toma em consideração todas as 4 abordagens de observação da família (Hanson, 2005).

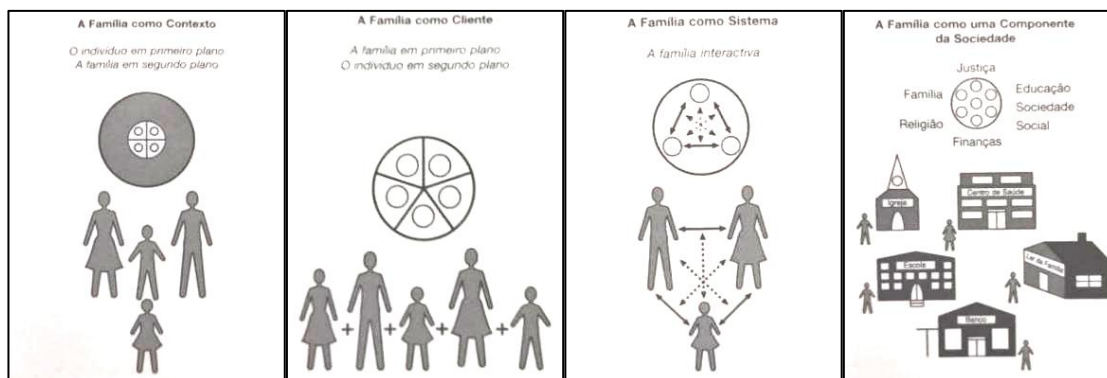


Figura 14 - Abordagens à família
Fonte: Hanson (2005, p. 11)

Consoante a abordagem utilizada, existem 3 níveis de prestação de cuidados de saúde à família:

- Nível individual: a família é considerada como contexto ou como recurso do indivíduo; o objetivo do enfermeiro é a saúde física e o bem-estar dos membros da família;
- Nível interpessoal: a família é composta por vários indivíduos organizados em díades, tríades ou unidades maiores; o objetivo do enfermeiro é promover a compreensão e o apoio mútuos dos elementos da família;
- Nível sistémico: a família é um sistema com componentes estruturais e funcionais próprios, interagindo com os seus próprios subsistemas e com os sistemas ambientais; o objetivo do enfermeiro é a mudança no sistema familiar no sentido de uma completa e crescente harmonia entre o sistema e os subsistemas e entre o sistema e o ambiente (Friedemann, 1995, as cited in Hanson, 2005).

A prática a nível sistémico foca-se na saúde e nos pontos fortes da família, tem carácter holístico e requer o conhecimento das complexas interações de uma profusão de fatores familiares a todos os níveis dos sistemas (Hanson, 2005).

Embora os enfermeiros generalistas estejam preparados para cuidar das famílias aos níveis individual e interpessoal, só o EE em ESF possui as capacidades e os conhecimentos práticos e teóricos necessários para praticar também o nível mais elevado. Assim, a ESF pode e deve ser praticada aos 3 níveis e o EE em ESF que pratique o nível mais elevado de ESF incluirá também os restantes níveis (Friedemann, 1995, as cited in Hanson, 2005).

2.4.5. Padrões de Qualidade

Os padrões de qualidade são os enunciados descritivos que estabelecem a base

padronizada da qualidade dos cuidados que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. Constituem-se como um referencial para guiar os enfermeiros num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população (OE, s.d.).

Estes enunciados descritivos visam explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da enfermagem, ajudando a precisar o papel do enfermeiro junto dos utentes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

A elaboração dos padrões de qualidade de cada especialidade é uma das competências dos colégios de especialidade da OE. No caso concreto da especialidade de Enfermagem Comunitária na área de ESF, cabe ao Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária aprovar o documento com os respetivos padrões de qualidade (OE, 2017).

A definição dos padrões de qualidade visa-se simples, de fácil utilização e aplicabilidade, no sentido de os mesmos servirem de norteadores e referenciais para a prática especializada do EE consoante o alvo e contexto de intervenção (OE, 2017).

São enunciados descritivos dos cuidados especializados em ESF:

- Bem-estar e auto-cuidado: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE em ESF maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida diária (AVD) relativamente às quais o cliente é dependente;
- Organização dos cuidados de enfermagem: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE em ESF contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem;
- Prevenção de complicações: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE em ESF previne complicações para a saúde do cliente;
- Promoção da saúde: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE em ESF capacita o cliente para alcançar o máximo potencial de saúde;
- Readaptação funcional: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE em ESF, conjuntamente com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação funcional aos problemas de saúde;
- Satisfação do cliente: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EE em ESF persegue os mais elevados níveis de satisfação do cliente (OE, 2017).

2.5. MODELOS DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Os modelos de enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico expõe (OE, 2023b).

Contrariamente aos modelos que se reportam exclusivamente aos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, em que a família pode integrar o ambiente como factor protetor ou de adversidade na vida do indivíduo, os modelos de avaliação e intervenção familiar consideram a família como alvo e contexto dos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

Fundamentados nos referenciais epistemológicos da ESF, destacam-se como modelos de avaliação e intervenção familiar:

- Modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF) (1984) e modelo de Calgary de intervenção familiar (MCIF) (1994), desenvolvidos por Lorraine Wright e Maureen Leahey e associados entre si;
- Modelo de avaliação e intervenção familiar e inventário das forças de pressão do sistema familiar, de Karen Berkey e Shirley Hanson (1991);
- Modelo de resiliência ao stresse, ajuste e adaptação da família, de Hamilton McCubbin e Marilyn McCubbin (1993);
- Modelo de avaliação familiar, de Marilyn Friedman (1998);
- Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar, de Maria Henriqueta Figueiredo (2012), que se constitui como um referencial teórico e operativo para dar resposta às necessidades dos EE em ESF portuguesas (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005).

Apesar de terem como foco o indivíduo enquanto sistema aberto em constante interação e transformação, podem também ser aplicados à família os seguintes modelos e teorias:

- Modelo de sistemas, de Betty Neuman (1972);
- Teoria das transições, de Afaf Meleis (2000);
- Cuidar em enfermagem baseado nas forças, de Laurie Gottlieb (2012) (OE, 2023b).

2.5.1. Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

O MCAF é uma estrutura multidimensional organizada que conceptualiza o relacionamento entre o enfermeiro e a família como fundamental para ajudar a família a efetuar as

mudanças que necessita, com base nas forças familiares, de forma colaborativa e não hierárquica (Wright & Leahey, 2008).

Este modelo visa proporcionar aos EE em ESF um fundamento teórico abrangente, claro, conciso e sólido de avaliação familiar. Compreende 3 categorias principais (estrutural, de desenvolvimento e funcional), cada uma das quais com várias dimensões e subcategorias (Wright & Leahey, 2008).

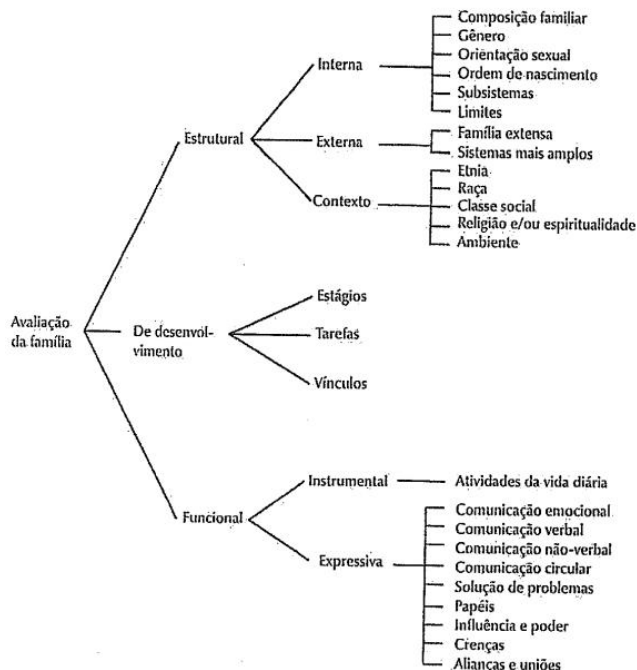


Figura 15 - Diagrama do MCAF
Fonte: Wright & Leahey (2008, p. 46)

2.5.1.1. Avaliação Estrutural

A avaliação estrutural consiste em examinar a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre os seus membros e em que contexto está inserida. Abrange 3 dimensões: estrutura interna, estrutura externa e contexto (Wright & Leahey, 2008).

A estrutura interna divide-se em 6 subcategorias: composição da família, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites (Wright & Leahey, 2008).

A estrutura externa inclui 2 subcategorias: família extensa e sistemas mais amplos (Wright & Leahey, 2008).

A família extensa inclui os elementos da família de origem e outros parentes (Figueiredo, 2012). A avaliação da quantidade e do tipo de contacto com a família extensa permite

perceber a quantidade e a qualidade do apoio que esta dá (Wright & Leahey, 2008).

Para se conhecer mais sobre a estrutura externa e as relações entre os membros da família extensa deve ser desenhado o genograma da família. O genograma consiste numa representação visual dos elementos da família e da natureza e padrões dos seus relacionamentos através das gerações (verticalmente) e dentro das gerações (horizontalmente) (Gottlieb, 2016).

Os sistemas mais amplos são as pessoas e as instituições sociais com as quais a família tem contacto significativo (Wright & Leahey, 2008). A caracterização dos vínculos entre a família e outros sistemas permite ampliar a visão do sistema familiar aos contextos com que interage e simultaneamente validar a sua função como recurso (Figueiredo, 2012).

Para um maior entendimento dos sistemas mais amplos que servem de suporte à família deve ser elaborado um ecomapa. O ecomapa é a representação gráfica da rede social familiar (Gottlieb, 2016).

O contexto integra 5 subcategorias: etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente (Wright & Leahey, 2008).

A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as suas crenças e valores e como utilizam os serviços de saúde e serviços sociais. A sua avaliação possibilita uma melhor compreensão dos fatores de stresse e recursos familiares associados aos aspetos económicos, de grupo profissional, de instrução e do contexto residencial (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2008).

As crenças espirituais e/ou religiosas dos membros da família, bem como as suas práticas e rituais, podem exercer uma influência positiva ou negativa sobre a sua capacidade de enfrentar uma preocupação de saúde (Wright & Leahey, 2008).

Os fatores ambientais abrangem aspetos do lar, da vizinhança e da comunidade mais ampla que influenciam o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2008).

2.5.1.2. Avaliação de Desenvolvimento

O desenvolvimento familiar é um conceito abrangente, que se refere a todos os processos de evolução transacional associados ao crescimento da família (Falicov, 1988, as cited in Wright & Leahey, 2008). A avaliação de desenvolvimento inclui 3 dimensões: etapas, tarefas e vínculos (Wright & Leahey, 2008).

2.5.1.3. Avaliação Funcional

A avaliação funcional da família diz respeito aos detalhes sobre como os elementos da família realmente se comportam uns com os outros. Integra 2 dimensões: funcionamento instrumental e funcionamento expressivo (Wright & Leahey, 2008).

O funcionamento instrumental da família refere-se às AVD rotineiras. Esta é uma área de particular importância para as famílias com problemas de saúde, pois as AVD assumem maior significado em razão da dependência ou doença de um elemento da família (Wright & Leahey, 2008).

A avaliação do funcionamento expressivo da família permite distinguir as famílias saudáveis em termos emocionais das que experimentam uma dificuldade emocional superior ao habitual. Divide-se em 9 subcategorias:

- Comunicação emocional: variação e tipos de emoções e/ou sensações expressos e/ou demonstrados pelos membros da família;
- Comunicação verbal: significado do conteúdo verbal (ou escrito) da mensagem entre os elementos da família envolvidos na interação;
- Comunicação não-verbal: mensagens não-verbais (postura corporal, contacto ocular, toque, gestos, movimentos faciais e espaço pessoal) e para-verbais (tonalidade, sons guturais, choro ou gaguejos) transmitidas pelos membros da família;
- Comunicação circular: comunicação recíproca entre os elementos da família, em que um elemento influencia o comportamento de outro;
- Solução de problemas: capacidade da família para solucionar eficazmente os seus próprios problemas;
- Papéis: padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família;
- Influência e poder: métodos para afetar os comportamentos;
- Crenças: atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos elementos da família que influenciam a tomada de decisão relativamente à solução de problemas e aos comportamentos de saúde;
- Alianças e uniões: orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre os membros da família (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2008).

2.5.2. Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

Associado ao MCAF, o MCIF é uma estrutura organizadora que conceptualiza a intersecção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro (Wright & Leahey, 2008).

De acordo com este modelo, após ter realizado uma avaliação familiar abrangente, o EE em ESF deve planear de que forma irá intervir para facilitar a mudança. As intervenções do EE em ESF visam promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos seus domínios afetivo, cognitivo e comportamental, sendo que uma alteração num domínio pode afetar todos os outros (Wright & Leahey, 2008).

A elaboração do plano de cuidados deve ter como finalidade a potencialização das forças, recursos e competências familiares e incluir intervenções que se focalizam tanto na família como um todo como nos seus elementos individualmente, tendo em conta que os problemas individuais afetam a saúde do sistema familiar e vice-versa (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2008).

O EE em ESF deve estabelecer com a família um relacionamento terapêutico em que ambos reconhecem a reciprocidade entre as ideias e as opiniões do EE em ESF e a experiência de doença da família e procuram em conjunto descobrir a intervenção mais adequada para o problema apresentado, por vezes por tentativa e erro (Wright & Leahey, 2008).

É de salientar que o EE em ESF pode apenas propor intervenções à família e não dirigir, exigir ou insistir numa determinada mudança ou forma de funcionamento familiar. Se a família abrirá ou não espaço para a intervenção dependerá da sua constituição e das interações entre os seus elementos (Maturana & Varela, 1992, as cited in Wright & Leahey, 2008). As mudanças mais profundas e contínuas serão aquelas que ocorrem no âmbito das crenças familiares (Wright & Leahey, 2008).

2.5.3. Modelo de Sistemas

O modelo de sistemas de Neuman é uma abordagem dinâmica e aberta ao cuidar do cliente, inicialmente desenvolvida para unificar a definição de problemas de enfermagem e para permitir uma melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente (Freese, 2004).

O modelo faz a ligação entre os 4 conceitos essenciais do metaparadigma de enfermagem:

- Pessoa: refere-se ao cliente, que pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou um assunto; o sistema do cliente é visto como um todo cujas partes estão

em interação dinâmica, sendo composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, e como um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente;

- Saúde: é um *continuum* que vai do bem-estar ao mal-estar, de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança; o bem-estar ou estabilidade optimal indica que as partes do sistema interagem em harmonia e as necessidades do cliente estão satisfeitas, enquanto o mal-estar ou doença é o resultado da desarmonia entre as partes do sistema e da não-satisfação das necessidades do cliente;

- Ambiente: são todos os fatores internos e externos que interagem com o cliente, influenciando e sendo influenciados por este; existem 3 ambientes relevantes: interno (intra-pessoal, com toda a interação contida no cliente), externo (interpessoal ou extra-pessoal, com todas as interações a ocorrerem fora do cliente) e criado (inconscientemente desenvolvido e utilizado para sustentar o *coping* protetor, é a mobilização de todas as variáveis do sistema para ajudar o cliente a lidar com a ameaça de stressores, mudando-se a si próprio ou à situação);

- Enfermagem: é uma profissão única, na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do cliente ao stress; o enfermeiro é um participante ativo com o cliente, cuja percepção influencia os cuidados prestados (Freese, 2004).

O modelo de sistemas vê a família como cliente como um sistema composto por subsistemas de membros da família. As relações entre os indivíduos da família ou entre os subsistemas constituem o cerne do modelo. O sistema familiar é ameaçado quando se expõe a pressões que afetam a sua estabilidade e bem-estar, sendo o principal objetivo da família manter a sua estabilidade através da preservação da integridade da sua estrutura (Whall & Fawcett, 1991, as cited in Hanson, 2005).

Outros conceitos importantes identificados no modelo são:

- Estrutura básica: é o círculo sólido interior do modelo, que representa os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os organismos ou os recursos de energia do cliente;

- Stressores: são estímulos ou forças que interagem com, e potencialmente alteram, a estabilidade do sistema do cliente; podem ser intra-pessoais (ocorrem no indivíduo), interpessoais (ocorrem entre 2 ou mais indivíduos) ou extra-pessoais (ocorrem fora do indivíduo);

- Linha de defesa normal: é o círculo sólido exterior do modelo, que representa um estado de estabilidade para o cliente e funciona como um padrão para apreciar os desvios do seu

bem-estar habitual; inclui comportamentos e variáveis do sistema do cliente;

- Linha de defesa flexível: é o círculo quebrado exterior do modelo, sendo entendida como um para-choques protetor que visa impedir que os stressores atravessem a linha de defesa normal; a relação das variáveis pode afetar o nível até ao qual o cliente é capaz de utilizar a sua linha de defesa flexível em reação aos stressores;

- Linhas de resistência: são a série de círculos quebrados que circundam a estrutura básica e que representam os fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra os stressores;

- Grau de reação: é a quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar aos stressores; inclui fatores interpessoais, intra-pessoais, extra-pessoais e ambientais interligados com as variáveis do sistema do cliente;

- Intervenções: são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema; baseiam-se em: grau de reação (possível ou real), recursos, objetivos e resultado previsto; existem 3 níveis de intervenção:

- Prevenção primária: é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressor e, embora ainda não tenha ocorrido uma reação, o grau de risco é conhecido; o objetivo é reduzir a possibilidade de luta do cliente com stressores, fortalecer essa mesma luta ou fortalecer a linha de defesa flexível para diminuir a possibilidade de reação;

- Prevenção secundária: envolve intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sintomas de stresse; os recursos internos e externos do cliente são utilizados para estabilizar o sistema, fortalecer as linhas de resistência e reduzir a reação;

- Prevenção terciária: ocorre depois do tratamento ativo, centrada no reajustamento com vista à estabilidade optimal do sistema do cliente; tem como objetivo fortalecer a resistência aos stressores para prevenir a regressão ou o reaparecimento da reação;

- Reconstituição: é o estado de adaptação aos stressores nos ambientes interno e externo; pode começar em qualquer grau de reação e pode avançar ou estabilizar algures abaixo da anterior linha de defesa normal do cliente (Freese, 2004).

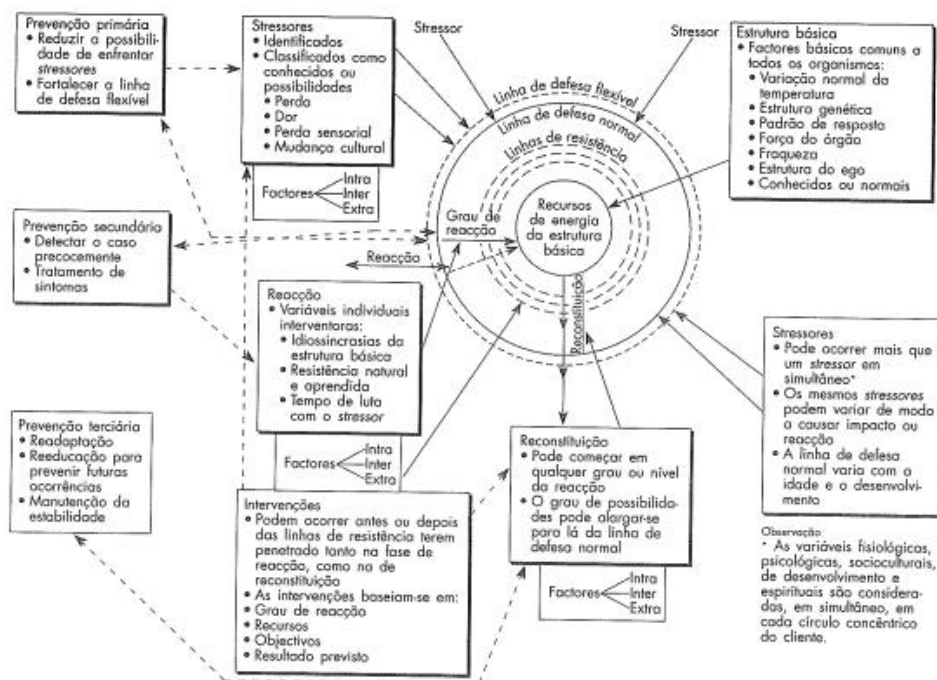


Figura 16 - Diagrama do modelo de sistemas
 Fonte: Neuman, 1970, as cited in Freese (2004, p. 341)

De acordo com o modelo de sistemas, o processo de enfermagem consiste em 3 passos:

- Diagnósticos: envolvem a obtenção de uma vasta base de dados a partir da qual se podem determinar as variações do bem-estar;
- Objectivos: são estabelecidos através da negociação com o cliente das alterações desejadas para corrigirem as variações do bem-estar;
- Resultados: são determinados pelas intervenções, através do uso dos modos de prevenção; a avaliação dos resultados confirma se os objectivos desejados foram alcançados e permite formular os objectivos subsequentes (Freese, 2004).

2.5.4. Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças

O cuidar baseado nas forças (SBC) é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa/família, centrando-se naquilo que está a trabalhar e a funcionar bem, no que esta faz de melhor e nos recursos de que dispõe e que a ajudam a lidar mais eficazmente com a sua vida, com a sua saúde e com os desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).

O SBC tem como fundamentação subjacente 4 movimentos cujo foco são as forças da pessoa/família: os cuidados centrados na pessoa/família, o movimento do *empowerment*, a promoção da saúde/auto-cuidado e a parceria colaborativa (Gottlieb, 2016).

Contrariamente à atual abordagem do cuidar dominante no nosso sistema de saúde, que está centrada nos défices e em identificar e tratar disfunções ou patologias, o SBC foca-se nos pontos fortes da pessoa/família e nas circunstâncias e situações que constituem oportunidades para promover a sua qualidade de vida. O objetivo é ajudar a pessoa/família a adaptar-se, desenvolver-se, crescer, prosperar e transformar-se (Gottlieb, 2016).

O SBC é eficaz em diferentes populações, que estejam a lidar com uma ampla gama de condições ou problemas e em diferentes contextos. As pessoas/famílias cuidadas por enfermeiros que se centram nas suas forças apresentam aumento do controlo, aumento da resiliência, maior bem-estar, maior crescimento pessoal, mais auto-eficácia, melhorias na sua qualidade de vida, melhorias na sua saúde e relações mais positivas (Gottlieb, 2016).

As forças são as qualidades únicas e especiais da pessoa/família e os recursos de que esta dispõe para alcançar os seus objetivos, desenvolver a sua saúde, lidar com os desafios e superar as adversidades. As forças podem ser internas (que residem dentro da pessoa/família) ou externas (recursos). Quanto à sua natureza, as forças podem ser classificadas como biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais (Gottlieb, 2016).

Relativamente à sua origem, há a considerar 3 tipos de forças:

- Forças já existentes: são as capacidades ou recursos que estão desenvolvidos e que são parte integrante da pessoa/família;
- Potenciais: são precursores das forças, que podem ser trabalhados para se tornarem forças;
- Défices que podem ser convertidos em forças (Gottlieb, 2016).

O processo de descobrir e desocultar as forças da pessoa/família é um processo em espiral que ocorre durante 4 fases:

- Fase 1: explorar e ficar a conhecer: o foco do enfermeiro está em conhecer a pessoa/família, compreender as suas preocupações, avaliar as suas fraquezas e os seus défices e desocultar as forças que contribuem para lidar com a situação e facilitar a recuperação;
- Fase 2: aproximação do alvo: o enfermeiro e a pessoa/família focalizam-se em resolver os problemas e decidir quais são as prioridades e para onde devem direcionar as suas energias;
- Fase 3: pôr em prática: o enfermeiro e a pessoa/família começam a experimentar diferentes formas de lidar com os problemas e questões;
- Fase 4: rever: implica voltar atrás e examinar o que aconteceu, a fim de avaliar o que

está a funcionar e o que não está e decidir o que necessita de maior atenção (Gottlieb, 2016).

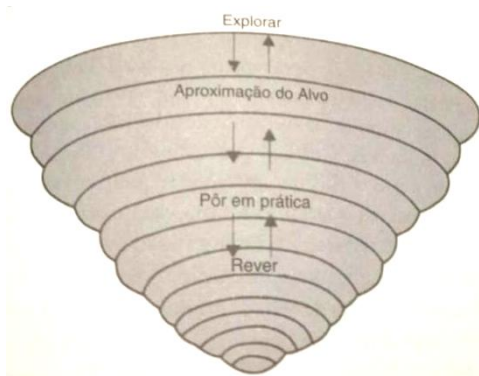


Figura 17 - Diagrama do processo em espiral
Fonte: Gottlieb (2016, p. 377)

Durante este processo complexo, existem 8 abordagens principais que podem ser utilizadas:

- Abordagem 1: procurar forças continuamente;
- Abordagem 2: identificar as primeiras impressões;
- Abordagem 3: sentir, reconhecer e registar forças;
- Abordagem 4: começar a sintonizar-se com a pessoa/família;
- Abordagem 5: perguntar diretamente à pessoa/família sobre as suas forças;
- Abordagem 6: usar o genograma e o ecomapa para desocultar e descobrir forças familiares;
- Abordagem 7: dar elogios;
- Abordagem 8: questionar sobre as forças que se desenvolveram através da resposta a desafios passados (Gottlieb, 2016).

Após conhecer as forças já existentes, o enfermeiro pode usar várias técnicas para trabalhar essas forças:

- Fazer uma lista ou inventário das forças já existentes;
- Perguntar à pessoa/família sobre as suas próprias forças e recursos;
- Partilhar as observações das forças com a pessoa/família;
- Ensinar a pessoa/família a descobrir as suas próprias forças;
- Evitar rótulos de diagnóstico para descrever a pessoa/família;

- Dar elogios e louvores;
- Focar-se em encontrar soluções em vez de se centrar nos problemas;
- Encontrar oportunidades para transmitir esperança (Gottlieb, 2016).

Algumas das abordagens utilizadas para avaliar as forças existentes podem também ser usadas como técnicas adicionais para identificar potenciais recursos:

- Usar o genograma e o ecomapa;
- Observar como a pessoa/família lida com doenças, lesões, tratamentos e outras agressões;
- Pedir à pessoa/família para monitorizar os seus pensamentos, sentimentos e respostas (Gottlieb, 2016).

Para desenvolver novas forças, considera-se que existem 3 abordagens e que cada uma delas engloba técnicas específicas:

- Abordagem 1: converter potenciais em forças:
 - Providenciar conhecimento sobre a força;
 - Criar oportunidades para praticar uma nova competência: praticar-treinar-praticar;
 - Ampliar a consciência da pessoa/família sobre uma potencial força;
 - Capitalizar forças já existentes e modificá-las para uma situação diferente;
- Abordagem 2: converter défices em forças:
 - Tratar o défice como uma força;
 - Colocar questões que estimulem novas formas de pensar;
 - Reenquadrar o comportamento;
 - Criar um ambiente com “boa capacidade de adaptação”;
- Abordagem 3: minimizar défices e maximizar forças:
 - Ajudar a pessoa/família a assumir algum controlo;
 - Fortalecer a ligação mente-corpo através de estados de regulação e excitação;
 - Salientar as forças para contrabalançar as fraquezas (Gottlieb, 2016).

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

O EE possui um conjunto de competências especializadas que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Essas competências especializadas dividem-se em:

- Competências comuns: são aquelas que são partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, e aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde;
- Competências específicas: decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade de enfermagem, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS

As competências comuns do EE envolvem as dimensões de educação dos clientes e dos pares, da orientação, aconselhamento e liderança e a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os domínios das competências comuns do EE são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Cada domínio é constituído por várias competências, apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

3.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Quadro 1 - Desenvolvimento da competência “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|--|---|--|
| Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. | <ul style="list-style-type: none"> - Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente; - Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência; - Participa na construção da tomada de decisão em equipa; - Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções; - Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional; - Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem; - Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Reflexão individual; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reflexão em equipa. | <p>Em todas as minhas decisões, foi sempre minha preocupação agir de acordo com os princípios, valores e normas deontológicas inerentes à prática de enfermagem.</p> <p>Nas consultas de enfermagem, construí estratégias de resolução de problemas tendo os utentes e as famílias como parceiros, tomei decisões baseadas no meu conhecimento e experiência e procurei selecionar as respostas mais adequadas a cada situação.</p> <p>Em conjunto com a enfermeira orientadora e com a equipa da USF CampuSaúde, participei na tomada de decisão acerca dos cuidados mais adequados em diversas situações, respeitando a deontologia profissional e o enquadramento jurídico.</p> |
| Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. | <ul style="list-style-type: none"> - Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade; - Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão; - Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão; - Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reflexão em equipa. | <p>Nos processos de tomada de decisão ética, dei o meu contributo, sempre que necessário, de acordo com o meu nível de competência e a minha área de especialidade.</p> <p>Juntamente com a enfermeira orientadora e a equipa da USF CampuSaúde, analisei os fundamentos éticos e refleti sobre as decisões tomadas em várias situações de prestação de cuidados aos utentes e famílias.</p> |
| Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. | <ul style="list-style-type: none"> - Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada; - Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Reflexão individual; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reflexão em equipa. | <p>Individualmente, com a enfermeira orientadora e com a equipa da USF CampuSaúde, aferi e partilhei as decisões tomadas e avaliei os resultados obtidos.</p> |

Quadro 2 - Desenvolvimento da competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|--|--|---|---|
| Promove a proteção dos direitos humanos. | <ul style="list-style-type: none"> - Assume a defesa dos direitos humanos, conforme deontologia profissional; - Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação; - Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquan- | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento | <p>Nos cuidados que prestei e nos trabalhos académicos que desenvolvi, assegurei e respeitei os direitos humanos, o direito à informação, a confidencialidade, a segurança da informação escrita e oral, a privacidade, o direito à escolha e à autodeterminação, os valores, os costumes, as crenças</p> |

Quadro 2 - Desenvolvimento da competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|--|---|---|---|
| | to profissional; - Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade; - Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; - Assegura o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos. | das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | espirituais e as práticas específicas dos utentes e das famílias. |
| Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. | - Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica; - Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco; - Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente; - Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência. | - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Reflexão individual; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reflexão em equipa. | Na minha prática diária, fomentei a segurança, a privacidade e a dignidade dos utentes e famílias. Nas consultas de enfermagem, antecipei, identifiquei e preveni situações de risco. Apesar de ao longo do estágio não me ter deparado com nenhum incidente de prática insegura, na sequência de uma reunião sobre o tema que se realizou na USF CampuSaúde houve oportunidade para refletir em equipa sobre possíveis situações de risco para utentes, famílias e profissionais que podem ocorrer no dia-a-dia e medidas a adotar para prevenir e resolver as mesmas. |

3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Quadro 3 - Desenvolvimento da competência “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|--|--|--|---|
| Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. | - Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua; - Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso; - Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cui- | - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Partilha de conhecimentos e experiências com a equipa; - Pesquisa bibliográfica. | Para contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na USF CampuSaúde, mobilizei os meus conhecimentos e habilidades nessa área para as consultas de enfermagem que realizei aos utentes e famílias, recorri à pesquisa bibliográfica sempre que |

Quadro 3 - Desenvolvimento da competência “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|---|--|---|
| | dados. | | senti necessidade de ampliar esses mesmos conhecimentos e partilhei com a equipa as minhas experiências profissionais prévias de sucesso, quando pertinente. |
| Orienta projetos institucionais na área da qualidade. | <ul style="list-style-type: none"> - Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional; - Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados; - Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições; - Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores. | <ul style="list-style-type: none"> - Análise do questionário de avaliação de satisfação dos utentes; - Monitorização dos indicadores de desempenho através da plataforma MIM@UF; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reflexão em equipa. | Colaborei com a enfermeira orientadora na análise do questionário de avaliação de satisfação dos utentes, na monitorização dos indicadores de desempenho através da plataforma MIM@UF e na realização do relatório de avaliação da USF CampuSaúde, participei na análise e planeamento das medidas corretivas a implementar e cooperei na sua comunicação aos outros membros da equipa. |

Quadro 4 - Desenvolvimento da competência “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|---|---|---|
| Avalia a qualidade das práticas clínicas. | <ul style="list-style-type: none"> - Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; - Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas; - Integra auditorias clínicas; - Analisa os resultados da avaliação efetuada. | <ul style="list-style-type: none"> - Auditorias à rede de frio e sobre prevenção de úlceras de pressão; - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Monitorização dos indicadores de desempenho através da plataforma MIM@UF; - Pesquisa bibliográfica. | Na minha prática diária, procurei prestar cuidados de qualidade, utilizando a melhor evidência científica disponível e as normas de boas práticas clínicas definidas pela USF CampuSaúde, pelo ACeS Lezíria, pela ARSLVT e pela DGS. Cooperei com a enfermeira orientadora na avaliação da qualidade da prática clínica da USF CampuSaúde, quer através da monitorização dos seus indicadores de desempenho, quer na realização de auditorias à rede de frio e sobre prevenção de úlceras de pressão, assim como na análise dos resultados das mesmas. |
| Planeia programas de melhoria contínua. | <ul style="list-style-type: none"> - Identifica oportunidades de melhoria; - Estabelece prioridades de melhoria; - Seleciona estratégias de melhoria; - Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática; - Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade. | <ul style="list-style-type: none"> - Campanha de vacinação sazonal; - Planeamento, implementação e realização da consulta de enfermagem de RCCR. | No âmbito do plano de melhoria contínua da USF CampuSaúde, sobre RCCR, participei no planeamento, implementação e realização da consulta de enfermagem dedicada a este rastreio. Em conjunto com a equipa, identifiquei oportunidades de melhoria, estabeleci prioridades, selecionei estratégias, fomentei as boas práticas, desenvolvi soluções para os problemas encontrados e incrementei a normalização desta |

Quadro 4 - Desenvolvimento da competência “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|--|---|--------------------------|---|
| Lidera programas de melhoria contínua. | <ul style="list-style-type: none"> - Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade; - Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes. | | <p>consulta.</p> <p>Durante a campanha de vacinação sazonal, colaborei com a enfermeira orientadora na sua operacionalização, nomeadamente na identificação dos utentes prioritários, na definição das estratégias de convocação e na supervisão de todo o processo de modo a promover a sua eficácia e eficiência.</p> |

Quadro 5 - Desenvolvimento da competência “Garante um ambiente terapêutico e seguro”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|--|---|---|
| Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. | <ul style="list-style-type: none"> - Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo; - Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; - Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares; - Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes; - Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional; - Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | <p>Nos cuidados que prestei, promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção, agindo sempre com sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais dos utentes, famílias e comunidade.</p> <p>Na minha prática diária, assegurei a saúde e a segurança de utentes e profissionais, na administração de substâncias terapêuticas, na aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos e na adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.</p> |
| Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. | <ul style="list-style-type: none"> - Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; - Envolve os colaboradores na gestão do risco; - Previne os riscos ambientais; - Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa; - Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano; - Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e pro- | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reflexão em equipa. | <p>Particpei na gestão do risco da USF CampusSaúde, colaborando com a equipa para garantir a prestação de cuidados seguros e a prevenção de riscos ambientais, através da adequação de recursos, da organização do trabalho de forma a reduzir a probabilidade de erro humano, da aplicação de estratégias, planos e processos da gestão do risco efetivos e da implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>Durante o estágio, não ocorreram incidentes que justificassem o recurso a mecanismos formais de participação, avaliação e investigação no âmbito da gestão de risco.</p> |

Quadro 5 - Desenvolvimento da competência “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|-------------------------|--|--------------------------|--|
| | <p>cessos da gestão do risco;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos; - Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção; - Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe. | | <p>Como referido anteriormente, após uma reunião sobre segurança que se realizou na USF CampuSaúde, foram discutidas em equipa possíveis situações de risco e medidas a adotar, incluindo como proceder em caso de emergência ou catástrofe.</p> |

3.1.3. Gestão dos Cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados são:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Quadro 6 - Desenvolvimento da competência “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|--|---|--|
| <p>Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa; - Colabora nas decisões da equipa de saúde; - Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar; - Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Partilha de conhecimentos e experiências com a equipa; - Reflexão em equipa; - Referenciação de utentes para a RNCCI. | <p>Para otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, estive disponível para apoiar a equipa da USF CampuSaúde de acordo com as suas necessidades, colaborei nas decisões tomadas e forneci informação adequada.</p> <p>Reconheci situações em que os utentes e famílias precisavam de outros prestadores de cuidados para obter uma melhor resposta aos seus problemas de saúde e participei nos processos de negociação ou referenciação para outros elementos da equipa, instituições ou profissionais de saúde, como por exemplo em vários episódios de referenciação para a RNCCI.</p> |
| <p>Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar; - Cria guias orientadores das tarefas a delegar; - Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar; - Avalia a execução das tarefas | <ul style="list-style-type: none"> - Campanha de vacinação sazonal; - Observação e colaboração com a enfermeira orientadora (enquanto interlocutora da equipa de enfer- | <p>Cooperei com a enfermeira orientadora em situações de delegação de tarefas e de avaliação da execução das mesmas com segurança e qualidade, quer no âmbito da gestão diária da USF CampuSaúde quer na operacionalização da campanha de vacinação sazonal, como por exemplo na delegação</p> |

Quadro 6 - Desenvolvimento da competência “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|-------------------------|---------------------------------------|--|--|
| | delegadas. | magem) na gestão diária da USF CampuSaúde. | de tarefas relativas à convocação e agendamento dos utentes elegíveis. |

Quadro 7 - Desenvolvimento da competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|--|---|---|---|
| Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. | <ul style="list-style-type: none"> - Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; - Implementa métodos de organização do trabalho adequados; - Coordena a equipa de prestação de cuidados; - Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; - Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade. | <ul style="list-style-type: none"> - Observação e colaboração com a enfermeira orientadora (enquanto interlocutora da equipa de enfermagem) na gestão diária da USF CampuSaúde; - Participação na elaboração dos horários mensais das enfermeiras e AO; - Participação no pedido e gestão do material de consumo clínico e farmacêutico. | Observei e colaborei com a enfermeira orientadora nas suas funções de interlocutora da equipa de enfermagem com vista à otimização do trabalho em equipa: aplicação de legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, organização do trabalho, coordenação da equipa, negociação e adequação dos recursos às necessidades de forma a garantir a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados. |
| Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa; - Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática; - Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado; - Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências; - Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada. | <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização da USF CampuSaúde; - Observação e colaboração com a enfermeira orientadora (enquanto interlocutora da equipa de enfermagem) na gestão diária da USF CampuSaúde. | Com a caracterização da USF CampuSaúde, compreendi a sua dinâmica funcional e organizacional e os papéis e funções, distintos, mas interdependentes, de todos os membros da equipa. Senti que o ambiente vivido na USF CampuSaúde é positivo e favorável à prática de cuidados de saúde aos utentes e famílias e que a minha presença contribuiu para fomentar esse mesmo ambiente. Através da observação e colaboração com a enfermeira orientadora nas suas funções de interlocutora da equipa de enfermagem, desenvolvi as minhas capacidades e conhecimentos sobre estratégias de motivação da equipa, estilos de liderança, adaptação dos mesmos ao clima organizacional, à maturidade dos colaboradores e às contingências do dia-a-dia e processos de mudança. |

3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são:

- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Quadro 8 - Desenvolvimento da competência “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|---|--|---|
| Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. | <ul style="list-style-type: none"> - Otimiza o auto-conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e/ou a equipa multidisciplinar; - Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda; - Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; - Consciencializa a influência pessoal na relação profissional. | <ul style="list-style-type: none"> - Auto-avaliação; - Auto-reflexão; - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Reuniões de avaliação com a enfermeira orientadora e a professora supervisora. | <p>As competências pessoais e profissionais do enfermeiro estão intimamente ligadas: quando o enfermeiro tem um bom nível de desenvolvimento de autoconsciência, a forma como responde perante a pessoa/família é mais atenta, cuidadosa, consciente e deliberada (Gottlieb, 2016).</p> <p>Enquanto pessoa e enquanto enfermeira, procurei otimizar o meu auto-conhecimento de modo a identificar e gerir os fatores, idiossincrasias, recursos e limites pessoais ou profissionais que pudessem interferir no meu relacionamento com os utentes, famílias ou membros da equipa da USF CampuSaúde. Penso que o consegui fazer com sucesso, pois senti-me sempre aceite e integrada por todos.</p> |
| Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. | <ul style="list-style-type: none"> - Otimiza a congruência entre auto e hetero-perceção; - Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; - Atua eficazmente sob pressão; - Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade; - Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos. | <ul style="list-style-type: none"> - Auto-avaliação; - Auto-reflexão; - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias. | <p>Um enfermeiro com auto-conhecimento entende como o seu comportamento afeta a pessoa/família, percebe como por sua vez é afetado pelos comportamentos destes e está ciente do que faz e porque o faz (Gottlieb, 2016).</p> <p>Nas consultas de enfermagem aos utentes e famílias, procurei agir de forma congruente entre a minha auto-perceção e a hetero-perceção. Fui capaz de gerir os meus sentimentos e emoções de forma eficiente, de atuar eficazmente sob pressão e de reconhecer e prevenir situações de eventual conflitualidade.</p> <p>No decorrer do estágio, não presenciei situações de conflito.</p> |

Quadro 9 - Desenvolvimento da competência “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Responsabiliza-se por ser facilitador | - Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; | - Elaboração de artigo sobre o | Utilizando os conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades |

Quadro 9 - Desenvolvimento da competência “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|--|--|--|--|
| da aprendizagem, em contexto de trabalho. | <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostica necessidades formativas; - Gere programas e dispositivos formativos; - Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; - Avalia o impacto da formação. | <ul style="list-style-type: none"> RCCU para a revista da USF CampusSaúde (Apêndice II); - Partilha de conhecimentos e experiências com a equipa; - Partilha do estudo de investigação realizado (Apêndice III); - Pesquisa bibliográfica. | <p>curriculares deste mestrado e a minha experiência profissional prévia, atuei como facilitadora da aprendizagem sempre que oportuno, de acordo com as necessidades formativas identificadas, com impacto positivo na equipa da USF CampusSaúde.</p> <p>No âmbito do plano de melhoria contínua da USF CampusSaúde relativo ao RCCU, fui autora de um artigo sobre o tema publicado na revista + <i>Saúde, Golegã!</i> de dezembro de 2023, com o objetivo de divulgar este rastreio junto da população alvo e promover a adesão ao mesmo. Tive ainda a oportunidade de apresentar à equipa uma formação sobre o estudo de investigação por mim realizado durante o ensino clínico.</p> |
| Suporta a prática clínica em evidência científica. | <ul style="list-style-type: none"> - Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; - Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; - Investiga e colabora em estudos de investigação; - Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; - Discute as implicações da investigação; - Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Partilha de conhecimentos e experiências com a equipa; - Partilha do estudo de investigação realizado (Apêndice III); - Pesquisa bibliográfica. | <p>Procurei incorporar a evidência científica mais atual e pertinente na minha prática diária e contribuir para a sua divulgação e discussão junto da equipa da USF CampusSaúde, visando obter ganhos em saúde para os utentes e famílias.</p> <p>Sempre que identifiquei lacunas ou oportunidades para melhorar o meu conhecimento, realizei pesquisa bibliográfica.</p> <p>Para promover o desenvolvimento da profissão de enfermagem e da prática especializada em ESF, realizei um estudo de investigação sobre o contributo dos cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 e sobre as expetativas dos CI quanto a esses cuidados e interpretei, divulguei e discuti o conhecimento novo obtido junto da equipa da USF CampusSaúde.</p> |

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

As competências específicas do EE em ESF são:

- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF (Regulamento n.º

428/2018, 2018).

Cada competência específica possui um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

3.2.1. Cuida a Família, Enquanto Unidade de Cuidados, e de Cada Um dos Seus Membros, ao Longo do Ciclo Vital e aos Diferentes Níveis de Prevenção

Ao longo do estágio, cuidei não só de 1 elemento da família, mas da família como um todo enquanto unidade de cuidados. Para promover a capacitação da família ao longo do ciclo vital e nas suas transições, estabeleci uma relação de parceria colaborativa com as famílias de quem cuidei, centrada na singularidade, necessidades, objetivos, pontos fortes e forças familiares de cada uma delas.

Embora as USF sejam unidades elementares de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007), muitas vezes os seus profissionais acabam por estar focados apenas na saúde do indivíduo e descuidar os cuidados ao sistema familiar. Tendo em conta os níveis de prática de ESF definidos por Friedemann (1995, as cited in Hanson, 2005), considero que a USF CampuSaúde foi um contexto de estágio e de prestação de cuidados em ESF privilegiado, pois senti que uma grande parte das consultas de enfermagem realizadas nesta USF conseguem atingir o nível sistémico, sendo verdadeiras consultas de ESF em que o alvo dos cuidados não é somente o utente, mas sim a família enquanto sistema.

Quadro 10 - Desenvolvimento da competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|--|---|---|
| Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas. | <ul style="list-style-type: none"> - Aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades; - Estimula a família na consecução dos seus objetivos, seguindo o ponto de vista da mesma; - Estabelece o diálogo familiar para definir futuros objetivos de saúde; - Reforça os pontos fortes da família no âmbito da saúde; - Concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | <p>Considero que consegui estabelecer uma relação terapêutica com as famílias de quem cuidei de forma a promover a saúde, prevenir as doenças e controlar situações complexas. Para tal, abordei as famílias com disponibilidade e criatividade, estabeleci o diálogo, estimei-as na consecução dos seus objetivos de saúde atuais e na definição de objetivos futuros, reforcei os seus pontos fortes e concebi em conjunto com as famílias planos de ação adequados às suas necessidades. Com as famílias alvo do processo de enfermagem tendo por base o MCAF e do estudo de investigação, aproveitei as consul-</p> |

Quadro 10 - Desenvolvimento da competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (continuação)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|--|---|--|
| | | | <p>tas de enfermagem no domicílio realizadas pelas enfermeiras da USF CampuSaúde 2 vezes por semana para construir progressivamente uma relação terapêutica com as mesmas. Através do diálogo com os elementos das famílias presentes, fiquei a conhecer as necessidades e pontos de vista individuais e dos sistemas familiares. Em parceria com as famílias, foram definidos os objetivos de saúde familiares relativamente à promoção da saúde, prevenção da doença e controlo de situações complexas e planeadas intervenções para reforçar os seus pontos fortes.</p> |
| <p>Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Solicita o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde; - Integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não-verbal; - Utiliza instrumentos de avaliação familiar; - Identifica as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões; - Avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente; - Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | <p>O MCAF foi o modelo orientador utilizado para colher dados pertinentes para o estado de saúde das famílias. No caso das famílias alvo do processo de enfermagem tendo por base este modelo e do estudo de investigação, avaliei a sua estrutura, o seu desenvolvimento e o seu funcionamento nas suas várias dimensões e subcategorias, onde se incluíram o histórico familiar e hereditário, a sintomatologia atual, os fatores de risco ambientais presentes, as interações familiares observadas, a comunicação verbal e não-verbal, as crenças e a cultura familiar.</p> <p>Também recorri a instrumentos de avaliação familiar como o genograma, o ecomapa, a escala de Graffar adaptada, o APGAR Familiar de Smilkstein, a escala FACES II e o questionário das forças familiares. Com a aplicação destes instrumentos, foi possível conhecer a capacidade das famílias para se manterem unidas e os possíveis pontos fortes e fracos nas respostas familiares às transições de vida.</p> <p>A análise dos dados colhidos permitiu a formulação de plano de cuidados com as famílias tendo em vista agilizar processos de mudança e apoiar todos os elementos das famílias na sua interação com o meio ambiente. Como instrumentos principais de colheita de dados foram utilizadas a entrevista e a observação. As entrevistas familiares foram realizadas aos elementos das famí-</p> |

Quadro 10 - Desenvolvimento da competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (continuação)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|--|---|---|--|
| | | | lias presentes, de forma semi-estruturada, com recurso a técnicas de comunicação aprendidas nas unidades curriculares deste mestrado (interrogatório circular, conotação positiva e reenquadramento). A observação das famílias em contexto domiciliário foi muito importante pois possibilitou uma visão mais objetiva dos padrões de comunicação e relacionamento familiares. |
| Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas. | <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliza conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão; - Analisa o histórico familiar, as relações entre os diferentes membros, o seu estado atual de saúde e os padrões de resposta em situações complexas; - Considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas; - Avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | Monitorizei as respostas das famílias de quem cuidei a diferentes condições de saúde e de doença e tomei decisões com base nos meus conhecimentos e nas características de cada família: histórico familiar, relações entre os elementos da família, estado atual de saúde, padrões de resposta em situações complexas, etapas de desenvolvimento familiar e individual, crenças culturais e espirituais, fatores ambientais e recursos familiares. |
| Desenvolve a prática de EF baseada na evidência científica. | <ul style="list-style-type: none"> - Capacita a família na definição de metas e expetativas promotoras da sua saúde; - Cria um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis; - Utiliza um pensamento sistemático e crítico, facilitador de um entendimento mais abrangente quer da família quer dos focos de intervenções da ESF; - Analisa como a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados à família; - Colabora com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | Desenvolvi a minha prática de EF baseada em evidência científica, tanto nas consultas de enfermagem aos utentes e famílias como no processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF e no estudo de investigação. Nesse sentido, recorri a modelos e teorias de enfermagem para orientar e sustentar o meu trabalho, nomeadamente o MCAF, o MCIF, o modelo de sistemas e o SBC. Capacitei as famílias na definição de metas e expetativas promotoras da sua saúde e consegui criar um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis, em que os elementos familiares se sentiram à vontade para expressar as suas emoções e preocupações. Utilizei um pensamento sistemático e crítico para alcançar um entendimento abrangente dos fatores que influenciam os cuidados à família, incluindo a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambien- |

Quadro 10 - Desenvolvimento da competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (continuação)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|---|---|---|
| | | | tais, e dos focos de intervenções da ESF. Colaborei com as famílias para desenvolver planos de cuidados que fossem de encontro aos resultados por si desejados. |
| Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas. | <ul style="list-style-type: none"> - Promove o diálogo com a família de forma a facilitar a consecução dos seus objetivos; - Utiliza estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família; - Co-desenvolve e avalia as intervenções de enfermagem de família para fazer mudanças definidas por esta nas transições complexas de saúde; - Incorpora respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem; - Integra a investigação e evidências clínicas nas intervenções de ESF; - Desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar; - Garante a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados; - Promove ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | <p>Para promover a recuperação do bem-estar das famílias de quem cuidei, promovi o diálogo e utilizei estratégias e técnicas motivacionais na interação com essas mesmas famílias. Para tal, foram essenciais os conhecimentos teóricos adquiridos neste mestrado sobre competências clínicas de comunicação e motivação, nomeadamente a intervenção terapêutica de acordo com o modelo dos 5 As (avaliar, aconselhar, acordar, ajudar e acompanhar) e com os princípios básicos da abordagem motivacional (adotar uma atitude empática, desenvolver as discrepâncias, fluir com a resistência e promover a auto-eficácia, a motivação e a crença na mudança) (Saganha, Pedrosa & Braga, 2012).</p> <p>Co-desenvolvi com as famílias intervenções de enfermagem em que incorporei as respostas comportamentais, biopsicossociais, físicas, afetivas, espirituais e cognitivas familiares e evidências clínicas provenientes da investigação.</p> <p>Desenvolvi com as famílias formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar.</p> <p>Promovi ambientes e cuidados de saúde seguros, de qualidade e saudáveis para todos os utentes e famílias.</p> |
| Facilita a resposta da família em situação de transição complexa. | <ul style="list-style-type: none"> - Encoraja a família a partilhar a sua história; - Promove o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança; - Identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio; - Identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saú- | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de en- | <p>Na minha prática diária, no processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF e no estudo de investigação, para facilitar as respostas familiares a situações de transição complexa, encorajei as famílias a partilhar as suas histórias, identifiquei as suas forças e promovi oportunidades de crescimento e mudança.</p> <p>Analisei as dinâmicas familiares e as dinâmicas estabelecidas entre os elementos da família, a família como unidade, a comunidade e o sistema de saúde.</p> |

Quadro 10 - Desenvolvimento da competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (continuação)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|--|--|---|
| | <p>de, para influenciar a mudança;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos; - Analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos; - Dá <i>feedback</i> à família, de forma sistemática, centrando-se nos seus pontos fortes; - Discute regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao <i>feedback</i> familiar; - Documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente. | <p>fermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de sistemas de apoio e informação em enfermagem para registo dos cuidados prestados nos processos de cuidados individuais e familiares. | <p>Em conjunto com as famílias, procurei encontrar estratégias para alcançar os seus objetivos de saúde e analisar os recursos necessários às suas necessidades. Dei <i>feedback</i> às famílias sobre os seus pontos fortes, o progresso alcançado na consecução dos seus objetivos e os desafios a enfrentar.</p> <p>Documentei os processos de cuidados individuais e familiares nos programas informáticos apropriados, consoante os cuidados prestados: SClínico, SClínico Central, Gota, sistema de informação da RNCCI e SiiMA Rastreios.</p> <p>Contudo, uma dificuldade sentida foi o facto do SClínico ainda não ter capacidade para registar todos os instrumentos de avaliação familiar, pelo que muitos dos registos foram feitos em notas, escritos em texto livre. O facto de tanto os indicadores de desempenho das USF como os programas informáticos serem centrados nos cuidados prestados ao indivíduo é também um aspeto limitador da prática de ESF: embora o SClínico permita registar uma consulta de ESF, muitos EF desconhecem essa realidade e os que a conhecem muitas vezes não o fazem por escassez de tempo e/ou falta de motivação, uma vez que o que conta para cumprir os indicadores é o registo da consulta individual.</p> |
| <p>Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de ESF.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Procura orientação a fim de melhorar a sua prática em ESF; - Avalia continuamente a sua prática, enquanto EF, no sentido de melhorar o seu desempenho; - Reflete sobre as interações enfermeiro/família e avalia a sua efetividade tanto no progresso familiar como nos resultados; - Presta cuidados de ESF de acordo com os padrões preconizados; - Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo; - Demonstra competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da ESF; - Colabora com colegas na resolução de problemas mais complexos de ESF. | <ul style="list-style-type: none"> - Auto-avaliação; - Partilha de conhecimentos e experiências com a equipa; - Reflexão individual; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reuniões de avaliação com a enfermeira orientadora e a professora supervisora. | <p>Só um enfermeiro que esteja ciente das suas próprias forças e vulnerabilidades poderá ser capaz de identificar e desenvolver as forças noutras pessoas (Gottlieb, 2016).</p> <p>Durante o estágio, envolvi-me de forma ativa e intencional na prática de ESF, procurando orientação para melhorar a minha prática junto da enfermeira orientadora e da professora supervisora.</p> <p>Para melhorar o meu desempenho enquanto EF, avaliei continuamente a minha prática e refleti sobre as minhas interações com as famílias no que concerne à sua efetividade e aos resultados alcançados no progresso familiar. Procurei prestar cuidados de ESF de acordo com os padrões de qualidade preconizados pela OE.</p> |

Quadro 10 - Desenvolvimento da competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|---|--|---|
| | | | Para promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, refleti sobre os meus pontos fortes e pontos fracos e procurei implementar estratégias para melhorar estes últimos, utilizando o pensamento e a análise crítica. Colaborei com a enfermeira orientadora e restante equipa da USF CampusSaúde na resolução de problemas mais complexos de ESF. |
| Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem. | <ul style="list-style-type: none"> - Cria momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados; - Avalia a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares; - Integra a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de ESF. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Pesquisa bibliográfica; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | Nas consultas de enfermagem aos utentes e famílias, no processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF e no estudo de investigação, monitorizei e avaliei os cuidados prestados às famílias no que diz respeito à sua satisfação com os mesmos e à sua eficácia na consecução dos objetivos de saúde familiares. Avaliei também a satisfação das famílias com a relação terapêutica estabelecida. Planeei os cuidados às famílias de acordo com a evidência científica existente em ESF, recorrendo a pesquisa bibliográfica para complementar os meus conhecimentos aprendidos nas unidades curriculares deste mestrado. |

3.2.2. Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

No decorrer do estágio, colaborei nos processos de intervenção no âmbito da ESF, na articulação e mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados à família e na gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

O EE em ESF é responsável por garantir que o utente/família recebe os cuidados de saúde de que precisa, prestando os cuidados apropriados dentro da sua área de especialidade ou encaminhando para outros profissionais de saúde, unidades funcionais ou instituições se necessário. O processo de encaminhamento inclui a identificação da necessidade de encaminhamento, o conhecimento dos recursos de saúde apropriados, a preparação do utente/família, a comunicação com o serviço e a avaliação do resultado (Hanson, 2005).

No que diz respeito à gestão do sistema de cuidados de saúde da família, esta ocorre em 3 níveis diferentes:

- Prevenção primária: centra-se na prevenção de ocorrências de problemas de saúde;
- Prevenção secundária: visa a deteção precoce de doenças agudas ou crónicas;
- Prevenção terciária: orientada para a correção de problemas de saúde e prevenção de sequelas (Hanson, 2005).

Quadro 11 - Desenvolvimento da competência “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF”

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|--|---|--|
| Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família. | <ul style="list-style-type: none"> - Promove a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família; - Referencia a família para outros profissionais de saúde; - Orienta a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais; - Gere a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família; - Assegura processos de mentorado e <i>coaching</i> aos membros da equipa interdisciplinar para a melhoria dos resultados dos cuidados de ESF. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Partilha de conhecimentos e experiências com a equipa; - Referenciação de utentes para a RNCCI. | <p>De modo a mobilizar os recursos necessários para a prestação de cuidados de saúde às famílias, participei na articulação, colaboração e referenciação das famílias para outros profissionais de saúde, equipas, unidades funcionais ou instituições, como por exemplo para a RNCCI. Fiquei também a conhecer como se efetua o processo de referenciação para a UCC Chamusca/Golegã no âmbito do curso de preparação para o parto e parentalidade. Promovi a qualidade dos cuidados de saúde prestados às famílias e a sua continuidade, sempre com a permissão das famílias. Para melhorar os resultados dos cuidados em ESF, estive disponível para apoiar a equipa da USF CampusSaúde de acordo com as suas necessidades e com o meu nível de competência.</p> |
| Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. | <ul style="list-style-type: none"> - Participa no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar; - Promove uma cultura organizacional de formação, de prática e de investigação interprofissionais; - Utiliza sistemas de informação e tecnologias disponíveis para melhorar os resultados de saúde familiar; - Cria e sustenta uma visão partilhada da ESF, aos diversos níveis de prevenção; - Participa no desenvolvimento de legislação e políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família; - Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF. | <ul style="list-style-type: none"> - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I); - Utilização de sistemas de apoio e informação em enfermagem para registo dos cuidados prestados nos processos de cuidados individuais e fami- | <p>Nas consultas de enfermagem aos utentes e famílias, no processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF e no estudo de investigação, geri o sistema de cuidados de saúde das famílias aos diferentes níveis de prevenção: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Participei em atividades de planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde nos níveis de prevenção acima mencionados, como por exemplo: consulta de enfermagem de vacinação (prevenção primária), consulta de enfermagem de rastreio oncológico (prevenção secundária) e consulta de enfermagem de DM (prevenção terciária). Procurei fomentar uma visão partilhada da ESF aos diversos níveis de prevenção e o respeito pela legislação e políticas sociais relacionadas com a saúde e direitos da família. Utilizei os sistemas de informação e as tecnologias disponíveis para</p> |

Quadro 11 - Desenvolvimento da competência “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da ESF” (conclusão)

| Unidades de competência | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| | | liares. | melhorar os resultados de saúde familiar e para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF, por exemplo através da documentação de todo o trabalho desenvolvido com as famílias no programa informático SClínico sempre que possível. |

3.3. DESCRITORES DE DUBLIN

Os descritores de Dublin concretizam as competências a adquirir em cada um dos ciclos de estudos, divididas em 5 dimensões: conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e aptidões para a aprendizagem (Comissão Europeia, 2008; Joint Quality Initiative, 2004).

Quadro 12 - Desenvolvimento das competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o grau de mestre

| Descritores | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|---|---|---|---|
| Conhecimento e capacidade de compreensão | - Demonstra conhecimentos e compreensão que se baseiem e alarguem e/ou reforcem os normalmente associados ao nível de bacharelato, e que forneçam uma base ou oportunidade de originalidade no desenvolvimento e/ou aplicação de ideias, frequentemente num contexto de investigação. | - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2. | Considero que as atividades que realizei ao longo do estágio me permitiram desenvolver, para além das competências do EE em ESF propostas pela OE, as competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos (obtenção do grau de mestre), uma vez que ambas se encontram em consonância. |
| Aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão | - É capaz de aplicar os seus conhecimentos e compreensão, bem como as suas capacidades de resolução de problemas, em ambientes novos ou desconhecidos dentro de contextos mais amplos (ou multidisciplinares) relacionados com o seu domínio de estudo. | - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I). | Através da elaboração de um estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2, demonstrei conhecimento e capacidade de compreensão no desenvolvimento de novas ideias em ESF. |
| Realização de julgamento/tomada de decisões | - Tem a capacidade de integrar conhecimentos e lidar com a complexidade, e formular juízos com informações incompletas ou limitadas, mas que incluam a reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas ligadas à aplicação dos seus conhecimentos e juízos. | - Consultas de enfermagem aos utentes e famílias; - Estudo de investigação sobre os cuidados prestados pelo EF no acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2; | Nos cuidados que prestei, apliquei os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão na resolução dos problemas das famílias de quem cuidei, em colaboração com a equipa multidisciplinar da USF CampuSaúde. Na realização de julgamentos e na tomada de decisões, integrei os conhecimentos teóricos previamente adquiridos nas unidades curriculares deste mes- |

Quadro 12 - Desenvolvimento das competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o grau de mestre (conclusão)

| Descritores | Resultados de aprendizagem adquiridos | Atividades desenvolvidas | Análise dos resultados |
|------------------------------|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Processo de enfermagem a uma família tendo por base o MCAF (Apêndice I); - Reflexão individual; - Reflexão conjunta com a enfermeira orientadora; - Reflexão em equipa. | <p>trado, respeitando e refletindo sobre os princípios, valores e normas deontológicas inerentes à prática de enfermagem.</p> <p>Comuniquei de forma clara com audiências especializadas (equipa da USF CampuSaúde) e não-especializadas (utentes e famílias) sobre os meus conhecimentos e conclusões, por exemplo na partilha do estudo de investigação realizado e na elaboração de um artigo sobre o RCCU para a revista da USF CampuSaúde.</p> |
| Comunicação | - É capaz de comunicar as suas conclusões, bem como os conhecimentos e a lógica que as sustentam, a audiências especializadas e não-especializadas, de forma clara e sem ambiguidades. | <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de artigo sobre o RCCU para a revista da USF CampuSaúde (Apêndice II); - Partilha de conhecimentos e experiências com a equipa; - Partilha do estudo de investigação realizado (Apêndice III). | <p>Na minha prática diária, recorri à auto-avaliação, à auto-reflexão e à pesquisa bibliográfica para melhorar as minhas competências em ESF, de acordo com as minhas dúvidas e necessidades.</p> |
| Aptidões para a aprendizagem | - Possui as competências de aprendizagem que lhe permitam continuar a estudar de uma forma que pode ser em grande parte auto-dirigida ou autónoma. | <ul style="list-style-type: none"> - Auto-avaliação; - Auto-reflexão; - Pesquisa bibliográfica. | |

PARTE II

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática baseada na evidência é uma abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão que incorpora a procura da melhor e mais recente evidência, a competência clínica e os valores e preferências do cliente dentro do contexto de cuidados. O seu propósito é encorajar a utilização de resultados da investigação na prestação de cuidados aos diversos níveis de intervenção (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes, 2017).

O desenvolvimento de uma práxis clínica especializada baseada em evidência científica é uma das competências comuns do EE. A aquisição desta competência pressupõe que o EE identifique lacunas do conhecimento, investigue, interprete, organize e divulgue os resultados, discuta as implicações da investigação e assim contribua para a incorporação de conhecimento novo no contexto da prática de cuidados especializados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No âmbito da ESF, compete ao EE integrar a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem e nas intervenções de saúde familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Deste modo, durante o estágio foi realizado o presente estudo de investigação direcionado à família, com o qual se pretendeu simultaneamente abordar uma situação de interesse prático para o EE em ESF e promover a efetividade dos cuidados especializados em ESF.

Como problema em estudo, foram abordados o contributo dos cuidados prestados pelo EF para o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 e as expectativas dos CI quanto a esses cuidados. O interesse por esta temática surgiu da necessidade sentida, quer durante o estágio quer na vida profissional, de perceber como pode o EE em ESF contribuir para dar resposta às necessidades e dificuldades manifestadas pelos CI, particularmente daqueles que cuidam de membros da família portadores de DM tipo 2, uma doença metabólica frequente e associada a complexas comorbilidades, resultantes de complicações micro e macro-vasculares.

4.1. INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população, associado ao prolongamento da vida devido aos avanços na medicina, tem contribuído para uma elevada prevalência de doenças crónicas e para um maior número de pessoas dependentes. Este aumento significativo das necessidades em saúde trouxe implicações tanto para a saúde pública como para as políticas sociais atuais e veio colocar às famílias, aos governos e à sociedade em geral

desafios para os quais não estavam preparados (Capelo et al., 2022; Gomes, Júnior, Paula, Chicre & Minette, 2023; Marques, Teixeira & Souza, 2012; Nascimento, Jasmims, Fernandes, Silva & Nogueira, 2022).

Esta é a realidade presente na Europa e Portugal não é exceção. Dados oficiais indicam que atualmente 23,8% da população portuguesa são pessoas idosas, que o índice de envelhecimento se situa nos 183,5% (em 1961 era de 27,5%) e que o índice de dependência é de 37,6%. Projeções para os próximos anos preveem uma intensificação acelerada do processo de envelhecimento demográfico e o crescimento do número de pessoas que ultrapassam os 80 anos (Capelo et al., 2022; Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024).

Nesta sociedade cada vez mais envelhecida, emerge como foco de atenção o cuidado à pessoa com doença crónica e/ou dependência que necessita de ajuda parcial ou total no desempenho das suas AVD (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010; Marques et al., 2012).

O cuidador é a pessoa, elemento ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida de alguém doente ou dependente (Moreira & Caldas, 2007). Pode ser classificado como formal ou informal (Santos et al., 2022).

O cuidador formal é o profissional que tem como função fornecer atenção e cuidados no domicílio, sendo capacitado tecnicamente para esse serviço e recebendo remuneração mediante um contrato formal de trabalho (Gomes et al., 2023; Santos et al., 2022).

O CI, pelo contrário, surge da necessidade da família de cuidar de um membro doente ou dependente no domicílio (Marques et al., 2012). Estima-se que a nível europeu 32 milhões de CI prestem cuidados a um familiar idoso ou com deficiência e que em Portugal existam atualmente 1 milhão e 400 mil CI (Dixe & Querido, 2020; Nascimento et al., 2022).

Apesar das mudanças na sociedade que têm trazido alterações à dinâmica familiar, a família continua a ser o principal recurso para a pessoa com dependência (França, Festa, Santos, Araújo & Peixoto, 2022).

4.1.1. Cuidador Informal

O CI é o indivíduo que cuida de um familiar, amigo, vizinho ou outra pessoa da comunidade, não possuindo formação específica para tal e não sendo remunerado economicamente pelos cuidados que presta (Capelo et al., 2022; Gomes et al., 2023; Santos et al., 2022).

De um modo geral, os resultados do estudo de Capelo et al. (2022) documentam que CI é do sexo feminino, tem 50 ou mais anos, possui uma relação conjugal ou filial com a pessoa

cuidada, bem como proximidade física e afetiva com a mesma, presta cuidados de forma ininterrupta e solitária e não beneficia do apoio de serviços públicos. A faixa etária do CI é, muitas vezes, a mesma da pessoa cuidada, ou seja, há um idoso independente que cuida de um idoso dependente (Moreira & Caldas, 2007).

O CI pode ser classificado como primário ou secundário. O CI primário é o principal responsável pelo cuidado diário ao familiar dependente, desempenhando as tarefas centrais e vivenciando um grau de envolvimento maior. O CI secundário realiza a atividade ocasionalmente, de modo restrito, contribuindo para alternar alguns cuidados e para auxiliar em atividades mais básicas (Dixe & Querido, 2020; Gomes et al., 2023; Marques et al., 2012).

Moreira e Caldas (2007) distinguem 3 tipos de CI:

- Cuidador dedicado: está sempre disponível e preocupado com quem cuida, fazendo questão de mostrar e avaliar o seu cuidado;
- Cuidador por obrigação: cuida do familiar por não haver quem o substitua, mas não se mostra disponível e queixa-se da tarefa de cuidar;
- Cuidador sem iniciativa: quase não se envolve nem participa nas orientações que podem contribuir para melhorar o bem-estar da pessoa cuidada.

A qualidade dos cuidados prestados pelo CI pode ser influenciada pelo seu nível educacional, pelo suporte social que recebe e por condições próprias, como a personalidade, o estado emocional e o estado de saúde. Apesar da sua grande responsabilidade, o CI possui geralmente falta de preparação e um baixo nível de competência (Santos et al., 2022).

A competência do CI pode ser entendida como a capacidade de atuar nas diversas situações próprias do cuidar, resolver problemas e enfrentar imprevistos, fazendo uso dos recursos que possui. Subdivide-se em:

- Competência cognitiva: compreende a capacidade de conhecer as necessidades de cuidado e realizá-lo com planeamento e organização;
- Competência emocional: refere-se à capacidade de adaptação psicológica às diversas situações que o cuidar implica;
- Competência psicomotora: abrange a destreza manual e as habilidades necessárias para executar o cuidado;
- Competência relacional: trata da construção de uma comunicação efetiva e de uma relação de vínculo entre o CI e o familiar dependente (Santos et al., 2022).

4.1.1.1. Estatuto do Cuidador Informal

Apesar do desempenho do papel de CI ser reconhecido como complexo no âmbito pessoal e social, esta atividade tem sido escamoteada do ponto de vista das políticas fiscais, laborais e sociais, quer pela sua invisibilidade quer pelo défice de poder das pessoas que nela estão envolvidas (Nascimento et al., 2022).

Recentemente, vários países criaram legislação com o objetivo de mitigar as vulnerabilidades atinentes ao processo de cuidar. Em Portugal, foi publicado o estatuto do CI, que é um conjunto de normas que visam apoiar os CI de pessoas em situação de dependência (Capelo et al., 2022; Nascimento et al., 2022; Segurança Social (SS), 2023).

O estatuto do CI inclui: a Lei n.º 100/2019, que regula os direitos e os deveres do CI e da pessoa cuidada; o Decreto Regulamentar n.º 1/2022, que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto assim como as respetivas medidas de apoio; a Portaria n.º 100/2022, que fixa o montante de subsídio a atribuir ao CI principal; e o artigo 101.º da Lei n.º 13/2023, que define condições específicas de trabalho para o CI não-principal (Nascimento et al., 2022; SS, 2023).

De acordo com este estatuto, o CI pode ser o cônjuge ou o/a companheiro/a unidos por união de facto, o parente ou afim até ao quarto grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada. Distinguem-se também aqui 2 tipos de cuidadores:

- CI principal: é o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados prestados à pessoa cuidada;
- CI não-principal: é o cuidador que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (SS, 2023).

Para atribuição do estatuto do CI, é necessário que a pessoa cuidada seja titular de complemento por dependência de segundo grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoa, que se encontre numa situação de dependência de terceiros e a necessitar de cuidados permanentes e que dê o seu consentimento, manifestando de forma clara que compreende e que pretende que o requerente do estatuto seja reconhecido como seu CI (SS, 2023).

O estatuto do CI define como medidas de apoio ao CI: a elaboração de um plano de intervenção específico ao CI, a designação de profissionais de saúde e da SS de referência,

o direito a apoio psicossocial, o direito ao descanso do CI, o direito ao estatuto de trabalhador-estudante, o direito à formação e à informação adequadas às necessidades da pessoa cuidada, o direito à participação em grupos de autoajuda e o direito ao reconhecimento, validação e certificação das competências adquiridas enquanto CI após a cessação da prestação de cuidados (SS, 2023).

Para além das medidas de apoio comuns, existem ainda medidas de apoio específicas para o CI não-principal, que visam promover a conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados, e medidas de apoio específicas para o CI principal: a atribuição de um subsídio de apoio, o direito à inscrição no regime de seguro social voluntário e o direito à integração no mercado de trabalho após o término do papel de CI (SS, 2023).

Verifica-se que muitos CI não sabem sequer da existência deste estatuto e/ou como podem aceder a ele, pois a sua divulgação tem acontecido sobretudo através dos meios digitais, que são de difícil acesso à população mais idosa, e a sua linguagem é considerada difícil e pouco adequada aos destinatários (Nascimento et al., 2022).

Até 2022, tinham sido registados pela SS 148 mil pedidos do estatuto do CI e destes 2300 tinham sido reconhecidos. Do conjunto de requerentes ao estatuto do CI, emerge o seguinte perfil: 85% são mulheres com idades entre os 50 e os 59 anos (em média 52 anos), 37% são pais e 32% são filhos da pessoa cuidada (Nascimento et al., 2022).

4.1.1.2. Motivos de Aceitação do Papel

Geralmente, o papel de CI é assumido por uma única pessoa, seja por capacidade, disponibilidade, instinto ou vontade (Moreira & Caldas, 2007). Em algumas situações, o CI aceita essa função pelas circunstâncias e não por escolha (Marques et al., 2012).

A assunção do papel de CI pode estar relacionada com fatores inerentes à pessoa cuidada (estado de saúde e rejeição da institucionalização), com fatores ligados ao CI (carência económica, dependência financeira, dever/obrigação, disponibilidade de tempo, estado civil, gratidão/retribuição, grau de parentesco, género, proximidade física e afetiva, situação laboral, respeito pela vontade do familiar e solidariedade) ou com fatores associados à família (ausência de outra resposta, imperativos culturais, preceitos religiosos e tradição familiar) (Capelo et al., 2022; Cruz et al., 2010; Marques et al., 2012).

Cuidar pode também ser uma forma de manter um vínculo com um familiar que adoeceu. Pelo contrário, a ausência de cuidado por parte da família pode ser fruto de relacionamentos desfeitos por situações desagradáveis ou de vínculos que nunca se chegaram a estabelecer (Moreira &

Caldas, 2007).

4.1.1.3. Tarefas

Os cuidados prestados pelo CI, e o número de horas despendidas na prestação de cuidados, encontram-se diretamente associados com o nível de dependência da pessoa cuidada e com a sua capacidade em realizar as AVD (Dixe & Querido, 2020; Gomes et al., 2023).

O CI tem a função de satisfazer as necessidades humanas básicas do seu familiar dependente (Nascimento et al., 2022), auxiliando-o na alimentação, nos cuidados de higiene, na gestão do regime terapêutico, nos posicionamentos, no vestir/despír e nas transferências (Cruz et al., 2010; Marques et al., 2012).

Outras tarefas desempenhadas pelo CI incluem ajuda nas compras, ajuda com equipamentos eletrónicos, companhia, gestão das finanças, limpeza e governo da casa, resolução de assuntos administrativos e transporte da pessoa cuidada (Capelo et al., 2022; Cruz et al., 2010; Marques et al., 2012; Nascimento et al., 2022).

Uma vez que a família é a primeira e a mais constante unidade de saúde para os seus membros, os cuidados prestados pelo CI envolvem também ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, como acompanhamento a consultas, atividades reabilitadoras e interação com outros profissionais no cuidar (Moreira & Caldas, 2007).

O papel do CI implica ainda perceber a pessoa cuidada como um ser integral, assumindo o apoio emocional e psicológico do familiar de quem cuida (Santos et al., 2022).

4.1.1.4. Necessidades e Dificuldades

Cuidar de outro requer um esforço contínuo aos níveis cognitivo, emocional e físico, podendo ter um impacto negativo no bem-estar e na saúde do CI (Dixe & Querido, 2020).

Confrontado com um familiar que perde a sua autonomia física, cognitiva, emocional, mental e social, o CI requer apoio, atenção e capacitação (Capelo et al., 2022).

As necessidades percebidas pelo CI vão-se alterando ao longo do processo adaptativo ao seu novo papel. Este processo, designado de *role tuning*, envolve 3 fases sequenciais: *role engaging*, onde as principais necessidades remetem para a informação em saúde; *role negotiating*, em que as necessidades se reportam à aquisição de habilidades instrumentais; e *role setting*, em que emergem essencialmente necessidades de suporte emocional (França et al., 2022).

A maior dificuldade com que o CI se defronta prende-se com a exigência inerente ao próprio ato de cuidar (Cruz et al., 2010). Outras desafios e dificuldades evidenciadas são:

- Físicas: agravamento do estado de saúde, doença, desgaste físico e fadiga;
- Psicológicas: ansiedade, depressão, desgaste emocional, dificuldade da aceitação do fim de vida, falta de conhecimento, menor qualidade de vida, não-aceitação do estado de dependência, relação problemática com a pessoa cuidada, sentimentos de ambivalência, culpa, prisão, solidão e tristeza, stresse e sobrecarga;
- Sociais: alteração de planos de vida, dificuldade em usufruir dos internamentos temporários para descanso do CI, dificuldade na aquisição de ajudas técnicas, diminuta interação afetiva e social, falta de informação sobre apoios existentes, falta de suporte social, insatisfação com as respostas da rede formal, rejeição do apoio formal pelo familiar e restrições na vida pessoal;
- Financeiras: despesas, falta de recursos económicos e inexistência de remuneração (Capelo et al., 2022; Cruz et al., 2010; Nascimento et al., 2022; Santos et al., 2022).

4.1.1.5. Sobrecarga

A deteção precoce de fatores de risco ou sinais de sobrecarga é importante para prevenir a exaustão do CI, evitando resultados negativos em saúde (Nascimento et al., 2022).

Os principais fatores relacionados com a sobrecarga do CI prendem-se com: alterações comportamentais e cognitivas da pessoa cuidada; características sócio-demográficas do CI (género, idade, habilitações literárias, recursos económicos e vida profissional); conflitos familiares; dificuldade em aceitar o papel de CI; estratégias de *coping* utilizadas; exigência dos cuidados prestados; falta de apoio familiar, formal e informal; falta de colaboração; falta de conhecimentos e habilidades; grau de dependência do familiar; isolamento social; ter mais que uma pessoa a cargo; e utilização de serviços de saúde (Cruz et al., 2010).

A sobrecarga do CI pode refletir-se em negligência de cuidados consigo mesmo por causa da exaustiva rotina de cuidados ao seu familiar dependente, deixando de lado aspetos importantes da sua própria vida para priorizar o bem-estar da pessoa que depende dos seus cuidados (Gomes et al., 2023).

4.1.1.6. Benefícios e Fontes de Satisfação

Prestar cuidados a um familiar dependente não constitui somente uma experiência

desgastante, mas também se reveste de aspetos positivos para o CI: aumento da capacidade para resolver conflitos e mágoas passadas; contacto direto com a vida plena do idoso, divertindo-se e aprendendo com ele ao mesmo tempo que o protege; desenvolvimento das forças pessoais, aumentando a aceitabilidade do seu próprio envelhecimento; desenvolvimento de competências e habilidades para o cuidar; fortalecimento dos laços afetivos; preocupação manifestada por outros familiares para com o CI; oportunidade de ser um modelo a seguir para os filhos; sentimentos de dever cumprido, gratificação e satisfação pessoal; sentimentos de conforto e prazer quando se envolve no cuidar e vê que a sua prática tem resultados positivos; tranquilidade pelo facto do familiar estar bem cuidado; e valorização das coisas simples da vida (Cruz et al., 2010; Moreira & Caldas, 2007).

4.1.1.7. Estratégias de *Coping* Utilizadas

Cuidar de um familiar dependente e portador de uma doença crónica pode representar uma ameaça constante para o CI se ele não reunir estratégias de *coping* eficazes para lidar com a situação (Marques et al., 2012).

Para ultrapassar as dificuldades inerentes ao cuidado, o CI utiliza, sobretudo, estratégias de *coping* centradas nas emoções, no estabelecimento de prioridades, nas crenças religiosas, na procura constante do lado positivo da situação e na resposta dos apoios formais. Outras estratégias aplicadas são encarar a vida por etapas, lembrar os bons momentos partilhados com o familiar dependente e realizar atividades de lazer (Cruz et al., 2010).

Para além das estratégias de *coping* desenvolvidas pelo CI, outros fatores que poderão facilitar a resolução de dificuldades no processo de cuidar são as experiências anteriores e a existência de apoio formal e informal (Cruz et al., 2010). Um bom suporte social diminui o risco de doença do CI, nomeadamente ansiedade, depressão ou doenças psicossomáticas, e traduz-se em maior qualidade de vida (Nascimento et al., 2022).

4.1.2. Família com Elemento Dependente com Diabetes *Mellitus* Tipo 2

A DM tipo 2 é uma doença metabólica multi-fatorial, que tem como principal característica a hiperglicemia devido a problemas no mecanismo de produção ou ação da insulina. Atualmente, verifica-se um aumento na prevalência de pessoas com DM tipo 2 devido ao envelhecimento populacional, aos estilos de vida e à maior sobrevivência das pessoas portadoras da doença (Martins & Rodrigues, 2019).

A família é, frequentemente, a unidade primária provedora de cuidados à pessoa com DM tipo 2, apresentando um importante papel na resolução da maioria das suas necessidades ao longo do tempo (Moreira, Scardoelli, Baseggio, Sales & Waidman, 2009).

A preocupação com o envolvimento da família é também reflexo do impacto que a DM tipo 2 provoca não só na rotina da pessoa portadora, mas no funcionamento, nos papéis e na estrutura familiar, principalmente se há complicações mais graves relacionadas com a doença (Moreira et al., 2009).

4.1.2.1. Adaptação à Doença

Após o diagnóstico de DM tipo 2, surgem novas tarefas que afetam a pessoa portadora e os seus familiares, deixando claro que a doença de um indivíduo é considerada também uma doença da sua família (Martins & Rodrigues, 2019).

A DM tipo 2 requer também mudanças nos hábitos de vida que se repercutem não apenas na vida da pessoa portadora como também nas dos seus familiares. Essas mudanças estão associadas aos comportamentos, à compreensão que a família tem sobre a doença, aos padrões e aos sentimentos e influenciam o desempenho familiar (Martins & Rodrigues, 2019).

Assim, diante de uma doença de características crónicas é necessário que ocorra um processo de ajustamento familiar. As adaptações que a família irá realizar dependem dos meios que possui na busca pelo controlo da doença e das contribuições que lhe proporcionem novos recursos de *coping*. Quanto maiores forem o apoio da família e a sua participação no tratamento, mais rápida será a aceitação da doença pela pessoa com DM tipo 2 (Martins & Rodrigues, 2019).

4.1.2.2. Adesão ao Regime Terapêutico

Com a perspetiva de reduzir as complicações e estabelecer uma vida com maior qualidade, é necessário que a pessoa com DM tipo 2 realize alguns cuidados diários. A família, ao participar efetivamente no tratamento da doença, através de estímulos emocionais e comportamentais, auxilia no desbloqueio e reduz a resistência em relação à DM tipo 2. O apoio familiar é fundamental para aumentar a adesão ao tratamento, para facilitar a recuperação e para melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora (Martins & Rodrigues, 2019; Moreira et al., 2009).

Perante a DM tipo 2, a família deve apoiar o seu membro e compreender as mudanças relacionadas com as condições intrínsecas do indivíduo e da doença, sendo permeável aos ajustes necessários que garantam o suporte ao seu familiar doente. A cumplicidade e a união entre os membros da família estão relacionadas com uma adesão de qualidade ao tratamento, enquanto os conflitos familiares representam barreiras a essa adesão efetiva (Martins & Rodrigues, 2019).

A família da pessoa com DM tipo 2 tem uma grande função de apoio afetivo, emocional, físico e mental, formando uma rede de apoio no qual os seus elementos cuidam e são cuidados. A família é visualizada pela pessoa portadora como um núcleo de acolhimento, atenção e cuidado e como uma fonte de apoio emocional nos momentos em que se sente impotente diante dos desafios advindos da doença (Martins & Rodrigues, 2019; Moreira et al., 2009).

4.1.2.3. Necessidades e Dificuldades

Ao receber o diagnóstico de DM tipo 2, a família compartilha com o ente acometido as demandas impostas pela doença. Abruptamente, todos vêm a familiaridade do seu quotidiano modificada, exigindo novas adaptações. Os familiares demonstram viver uma situação ambígua, pois se por um lado desejam apoiar o seu elemento com DM tipo 2, por outro sentem-se confusos ao constatarem que as complicações da doença afetam o próprio viver (Martins & Rodrigues, 2019; Moreira et al., 2009).

Diante do diagnóstico de uma doença crónica, tanto a pessoa portadora quanto os seus familiares costumam reagir utilizando algumas atitudes para defender-se contra a realidade imposta até poder aceitá-la. A DM tipo 2 pode gerar sentimentos de angústia, ansiedade, insegurança, medo, raiva ou vergonha e a família pode ter dificuldade em ajudar e em tomar a iniciativa para demonstrar o seu apoio. Às vezes, a doença é tratada durante o quotidiano familiar por códigos, o que se repercute em barreiras de aprendizagem, comunicação e convivência (Martins & Rodrigues, 2019; Moreira et al., 2009).

A reestruturação alimentar é um dos atos mais difíceis de se inserir na nova rotina, gerando grandes frustrações e angústia diante das adequações alimentares que são impostas: alguns alimentos são restritos, outros são adaptados e outros são inseridos nos hábitos alimentares, sendo necessário um maior rigor nos horários das refeições. O controlo alimentar é muitas vezes entendido dentro da ótica da privação e da proibição dos alimentos e não da necessidade de uma redução alimentar. As crenças prevalentes acentuam o “não pode” em desvantagem das outras possibilidades que se abrem com os ganhos na

qualidade de vida caso a pessoa com DM tipo 2 siga as recomendações (Martins & Rodrigues, 2019; Moreira et al., 2009).

O surgimento de complicações leva a pessoa com DM tipo 2 a um choque emocional por não estar preparada para conviver com as limitações resultantes da sua condição clínica e com as mudanças do estilo de vida, gerando sentimentos de aflição, decepção, fracasso e insatisfação. O cansaço físico, a fraqueza e a perda da força motora são impeditivos ou restritivos para realização das tarefas mais simples, como cuidar da própria casa (Martins & Rodrigues, 2019).

As principais dificuldades enfrentadas pelo CI da pessoa com DM tipo 2 estão relacionadas com a intensidade e com a gravidade dos sinais e sintomas e com os cuidados diários e constantes, que sobrecarregam esse familiar cuidador (Moreira et al., 2009).

O cuidado à pessoa com DM tipo 2 pode também provocar alterações na situação económica da família, pois implica um gasto maior (Moreira et al., 2009).

4.1.3. Enfermeiro de Família Como Agente Facilitador

Cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação do enfermeiro, devendo a sua intervenção ser centrada no equilíbrio da dinâmica CI/pessoa cuidada (Cruz et al., 2010).

Considerando a complexidade dos cuidados e a exigência que representa o exercício do papel de CI, torna-se imperioso que o enfermeiro o apoie no processo de transição, adequando os cuidados de enfermagem às necessidades referidas pelo CI em cada etapa do processo adaptativo (França et al., 2022).

Devem ser objetivos da intervenção do enfermeiro: dar apoio emocional e prático; facilitar o envolvimento do CI com a pessoa dependente; favorecer a expressão de sentimentos; fazer com que a família aceite a irreversibilidade da doença; e permitir a ajuda mútua (Moreira & Caldas, 2007).

O saber fazer necessita de treino e nem sempre o CI recebe essa atenção (Moreira et al., 2009). Não basta, contudo, preparar um CI “técnico”, torna-se fundamental estruturar as intervenções de acordo com os anseios morais existentes e resultantes da sensação de desamparo que afeta quem cuida, muitas vezes sem o suporte necessário (Moreira & Caldas, 2007). A insegurança advinda do vivenciar sentimentos novos e dolorosos envolvidos no cuidado exige um preparo emocional do CI (Moreira et al., 2009).

As dificuldades do CI afetam diretamente a sua própria saúde e, conseqüentemente, a do

familiar dependente, sendo essencial a sua capacitação (Santos et al., 2022). A capacitação do CI está ligada aos seus mecanismos de auto-eficácia e controlo, que melhoram a gestão do processo de saúde e doença (Nascimento et al., 2022).

É importante incluir a literacia em saúde do CI como prioridade nos cuidados prestados pelo enfermeiro. A literacia em saúde refere-se à motivação e às capacidades dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e utilizar a informação para tomar decisões sobre saúde. A literacia que se pretende promover não é só ao nível do bem-estar do CI, mas também ao nível dos seus direitos. É importante que as pessoas conheçam o estatuto do CI e tenham opinião crítica participativa (Nascimento et al., 2022).

A respeito do processo de educação, há a necessidade de maior acompanhamento pelo enfermeiro ao CI (Moreira et al., 2009). A avaliação das competências do CI e a sua orientação refletem-se em menores níveis de sobrecarga, desgaste físico e emocional e, conseqüentemente, em maior qualidade de vida e num melhor cuidado no domicílio (Santos et al., 2022).

A falta de conhecimento resulta numa execução deficiente das ações preventivas. As ações de educação em saúde podem contribuir para a redução da prevalência de complicações na pessoa com DM tipo 2 e ter um papel significativo no incentivo e apoio ao controlo da doença. Está comprovado que o conhecimento sobre as complicações da DM tipo 2 desacelera a evolução da doença, pois leva a uma deteção precoce e reduz a proliferação de novos órgãos acometidos (Martins & Rodrigues, 2019).

Ao iniciar a educação específica sobre a DM tipo 2, é necessário conhecer os padrões individuais de cada CI em relação às suas angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, bem como a conceção de cuidados do CI e o quotidiano da pessoa com DM tipo 2 e da sua família (Moreira et al., 2009).

Compreender a vivência e o cuidado informal dentro do domicílio permite oferecer um cuidado pautado na realidade familiar para que, por meio do vínculo estabelecido, o CI e a pessoa cuidada possam, em conjunto com o enfermeiro, planear intervenções adequadas e traçar estratégias direcionadas a alcançar o controlo metabólico (Martins & Rodrigues, 2019; Moreira et al., 2009).

A família é vista como o alicerce no cuidar da pessoa com DM tipo 2, portanto o enfermeiro deve acompanhá-la na adaptação ao processo de doença, na aceitação das possíveis limitações e na implementação das mudanças de hábitos de vida necessárias (Martins & Rodrigues, 2019).

Oferecer orientações e um cuidado voltado para as necessidades familiares, no sentido de

apoiar a família nos momentos de dificuldade e sanar-lhe as dúvidas, ajuda a controlar a doença da pessoa com DM tipo 2 assim como a manter a saúde familiar (Moreira et al., 2009).

É dever do enfermeiro valorizar a capacidade de conhecimento da pessoa com DM tipo 2 e dos seus familiares, com a finalidade de melhorar o convívio com a doença. Faz-se necessária uma prática educativa em que haja uma parceria entre pessoa, família e enfermeiro, estabelecendo um vínculo de confiança e cooperação na aceitação da doença e do tratamento (Martins & Rodrigues, 2019).

Desta forma, ao trabalhar com a família, é necessário que o enfermeiro esteja preparado para ouvi-la, aceitá-la e compreendê-la na sua singularidade, pois somente será possível ajudá-la se estiver disposto a entender a realidade. Apesar de muitos problemas vivenciados serem comuns, cada família possui a sua individualidade e a sua unicidade na forma de (des)conhecer, perceber, sentir e (re)agir diante das situações (in)esperadas (Moreira et al., 2009).

Deste modo, ao cuidar da família, o enfermeiro precisa considerar que o cuidado deve ser personalizado e que pode ter alguns pressupostos ou direcionamentos, mas deve estar, fundamentalmente, alicerçado nas necessidades familiares. Ele precisa, ainda, reconhecer que o cuidado quotidiano oferecido pela família ao seu membro no domicílio é carregado de características e emoções peculiares, resultantes das suas condições culturais, económicas e sociais (Moreira et al., 2009).

4.2. METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, optou-se por utilizar 2 métodos de investigação complementares, a RIL e o estudo de casos múltiplos, e como referenciais teóricos e metodológicos orientadores da prática o MCAF, o MCIF e o modelo de sistemas de Neuman.

Com esta metodologia, pretendeu-se ampliar a perspetiva sobre o problema experienciado na prática clínica e completar os resultados obtidos no estudo de casos múltiplos com os contributos da RIL que fundamentem as competências específicas do EE em ESF na prestação de cuidados à família com 1 elemento dependente portador de DM tipo 2.

4.2.1. Revisão Integrativa da Literatura

A escolha da RIL como método de investigação deveu-se ao facto de este ser um método

específico para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno, que permite a combinação de diversas metodologias (estudos experimentais e não-experimentais) e que tem o potencial de desempenhar um papel importante na prática baseada na evidência em enfermagem, pois é fundamentado em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo-efetividade (Sousa et al., 2017).

A RIL permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre uma questão delimitada, de forma ordenada e sistemática, tendo como objetivos obter o estado do conhecimento do tema investigado, implementar intervenções efetivas na prestação de cuidados e identificar fragilidades que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações (Sousa et al., 2017).

Este método requer a formulação de uma questão de investigação, o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica dos estudos incluídos, a apresentação e a interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento obtido (Sousa et al., 2017; Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino & Pestana, 2018).

4.2.1.1. Questão de Investigação

A RIL inicia-se com a definição clara e objetiva de uma questão de investigação relevante. Esta etapa é considerada norteadora na condução da RIL, pois é a pergunta de partida que determina quais serão os estudos a incluir, os meios a adotar para a sua identificação e as informações a colher de cada estudo selecionado. Uma questão de pesquisa bem delimitada irá facilitar a execução da procura dos estudos e direcionar a análise de modo a que se obtenham conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (Sousa et al., 2017).

Neste estudo, colocou-se como questão de investigação, formulada de acordo com a mnemónica população, conceito e contexto (PCC):

- Quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EF?

Quadro 13 - Questão de investigação da RIL

| | | |
|----------|------------------|--|
| P | População | CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| C | Conceito | Expetativas quanto aos cuidados a prestar pelo EF |
| C | Contexto | CSP |

4.2.1.2. Objetivos

Este estudo teve como objetivo geral:

- Caracterizar os CI e as famílias de elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2.

E como objetivo específico:

- Determinar quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EF.

4.2.1.3. Critérios de Inclusão e de Exclusão

A determinação dos critérios de inclusão dos estudos deve ser realizada em harmonia com a questão de investigação. Esta etapa é primordial para assegurar a validade interna da RIL e permitir a generalização de conclusões amplas e fiáveis (Sousa et al., 2017).

Atendendo à questão de investigação definida, foram delimitados como critérios de inclusão:

- Estudos com texto completo disponível;
- Estudos publicados entre 2018 e 2023;
- Estudos em espanhol, inglês ou português;
- Estudos que incluam CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2;
- Estudos que identifiquem expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar;
- Estudos realizados em contexto de CSP.

E como critérios de exclusão:

- Estudos que não cumpram os critérios de inclusão;
- Estudos secundários.

4.2.1.4. Estratégia de Pesquisa e Identificação dos Estudos

Nesta etapa, o revisor recorre a bases de dados através de motores de busca para identificação dos estudos que serão incluídos na RIL. A documentação desta fase deve incluir os descritores utilizados, as bases de dados consultadas e a estratégia de pesquisa

definida, que deve ser abrangente para identificar o número máximo de fontes primárias elegíveis (Sousa et al., 2017; Sousa et al., 2018).

Com base na questão de investigação, e após uma pesquisa livre que permitiu identificar os termos mais relevantes, foram definidas como palavras-chave “cuidadores/*caregivers*”, “adulto/*adult*”, “idoso/*aged*”, “diabetes *mellitus* tipo 2/*diabetes mellitus type 2*”, “família/*family*” e “enfermeiros/*nurses*”.

Em seguida, foram utilizadas as ferramentas de vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) para selecionar e validar os descritores mais adequados às palavras-chave. No descritor “*Nurses*”, substituiu-se o final da palavra pelo truncador “*” de modo a incluir na pesquisa todas as variações relevantes deste descritor.

Aos descritores anteriormente selecionados, foram adicionados os operadores booleanos “AND” (combinação restritiva) e “OR” (combinação aditiva), obtendo-se a expressão de pesquisa “*Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Nurs**”.

Quadro 14 - Estratégia de pesquisa da RIL

| Palavras-chave | Keywords | DeCS | MeSH | Operadores booleanos | Expressão de pesquisa | Limitadores |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|--|--|
| Cuidadores | <i>Caregivers</i> | Cuidadores | <i>Caregivers</i> | AND | <i>Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Nurs*</i> | Estudos com texto completo disponível |
| Adulto | <i>Adult</i> | Adulto | <i>Adult</i> | OR | | Estudos publicados entre 2018 e 2023 |
| Idoso | <i>Aged</i> | Idoso | <i>Aged</i> | AND | | |
| Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 | <i>Diabetes mellitus type 2</i> | Diabetes <i>mellitus</i> | <i>Diabetes mellitus</i> | AND | | |
| Família | <i>Family</i> | Família | <i>Family</i> | AND | | |
| Enfermeiros | <i>Nurses</i> | Enfermeiras e enfermeiros | <i>Nurses</i> | - | | Estudos em espanhol, inglês ou português |

Para a pesquisa de estudos foram escolhidas as bases de dados disponíveis nos motores de busca Biblioteca do Conhecimento *Online* (B-On), acessado através da *virtual private network* (VPN) do IPL, e Elton B. Stephens *Company* (EBSCO), acessado a partir do *site* da OE, assim como as bases de dados PubMed, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Optou-se por estas bases de dados por serem especializadas na área da saúde, por permitirem o acesso a milhares de estudos, incluindo material não publicado, e por ser possível o acesso às mesmas de forma gratuita.

Com a estratégia de pesquisa definida (Apêndice III), foram identificados 93 estudos.

Tabela 12 - Número de estudos identificados por motor de busca e por base de dados

| Motores de busca | Bases de dados | Total | |
|------------------|---|-------|----|
| B-On | <i>Academic Search Complete</i> | 5 | 40 |
| | <i>Directory of Open Access Journals</i> | 4 | |
| | MEDLINE | 28 | |
| | RCAAP | 1 | |
| | <i>Research Starters</i> | 1 | |
| | <i>Supplemental Index</i> | 1 | |
| EBSCO | <i>CINAHL Complete</i> | 4 | 29 |
| | <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> | 18 | |
| | <i>MEDLINE Complete</i> | 7 | |
| Pubmed | Pubmed | 21 | 21 |
| RCAAP | <i>Millenium</i> | 1 | 2 |
| | Oasisbr | 1 | |
| SciELO | SciELO | 1 | 1 |

4.2.1.5. Seleção dos Estudos

Após realizada a pesquisa, são selecionados os estudos pela seguinte ordem: título, resumo e texto integral. Em cada fase, são eliminados os que não cumprem os critérios de inclusão e não respondem à questão de investigação. Todas as decisões tomadas devem ser documentadas e justificadas (Sousa et al., 2017).

Dos 93 estudos identificados (Apêndice IV), foram primeiramente removidos os que surgiam duplicados, ficando um total de 63 estudos.

Fez-se uma primeira seleção atendendo aos títulos, excluindo-se 45 estudos por não incluírem CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2, por não identificarem expectativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar ou por se tratarem de estudos secundários.

O passo seguinte foi analisar os resumos. Foram excluídos 9 estudos por terem sido realizados noutros contextos que não os CSP, por não incluírem CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2, por terem sido publicados antes de 2018 ou por não identificarem expectativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar.

Por último, fez-se uma leitura integral dos 9 estudos restantes, tendo sido excluídos 7 estudos por não identificarem expectativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar, por terem sido realizados noutros contextos que não os CSP ou por não incluírem CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2, e verificando-se que 2 estudos estavam dentro dos parâmetros de inclusão.

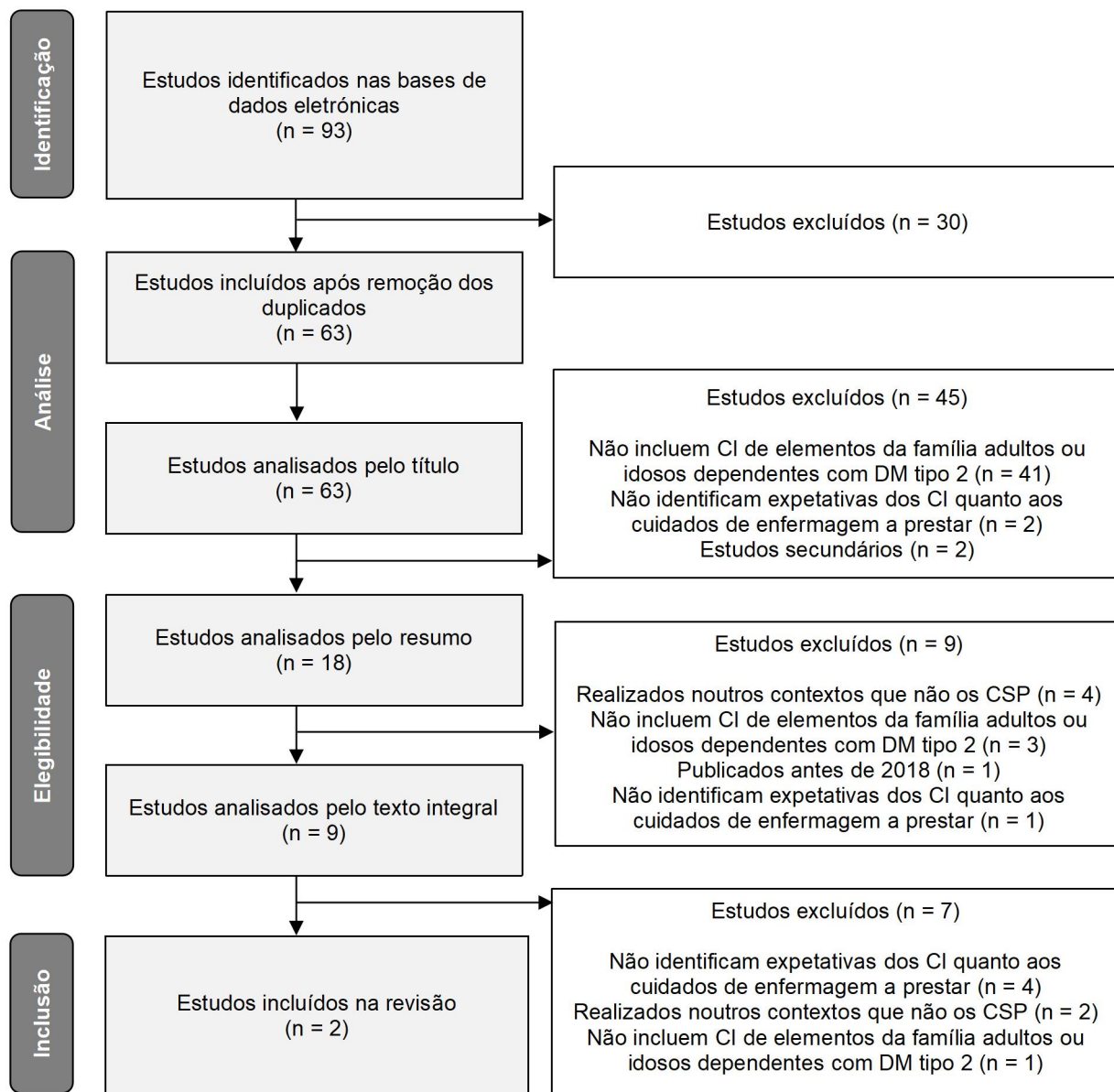


Figura 18 - Diagrama PRISMA

Quadro 15 - Estudos seleccionados na RIL

| Estudos | Referências bibliográficas | Tipos de estudo |
|---------|---|--------------------------------------|
| B4 | Bendixen, B. E., Kirkevold, M., Graue, M. & Haltbakk, J. (2018). Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32 (2), páginas 805-814. doi 10.1111/scs.12511 | Estudo qualitativo descritivo |
| B35 | Timsina, M. K., Peltzer, J. N., Pokharel, Y., Peterson, J. M., Schwartz, L. J. & LeMaster, J. W. (2022). Understanding medication adherence in Bhutanese refugees with diabetes in a Midwestern city. <i>Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society</i> , 33 (3), páginas 324-333. doi 10.1177/10436596221077671 | Estudo qualitativo com grupos focais |

4.2.1.6. Avaliação Crítica da Qualidade dos Estudos

No sentido de garantir a validade da RIL, os estudos seleccionados têm de ser avaliados com

detalhe e rigor e codificados de acordo com a sua qualidade, podendo ou não ser excluídos (Sousa et al., 2017; Sousa et al., 2018).

Assim, para cada um dos estudos selecionados, procedeu-se à avaliação crítica da sua qualidade metodológica, utilizando-se para tal o instrumento de avaliação disponibilizado pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (2020), orientado para o tipo de estudos a analisar (estudos qualitativos).

Quadro 16 - Avaliação crítica da qualidade dos estudos

| Avaliação crítica de investigação qualitativa | | Estudo B4 | | | | Estudo B35 | | | |
|---|---|-------------------|-----|-------------|---------------|-------------------|-----|-------------|---------------|
| | | Sim | Não | Pouco claro | Não aplicável | Sim | Não | Pouco claro | Não aplicável |
| 1 | Existe congruência entre a perspetiva filosófica declarada e a metodologia de investigação? | X | | | | X | | | |
| 2 | Existe congruência entre a metodologia de investigação e a questão ou os objetivos da investigação? | X | | | | X | | | |
| 3 | Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos utilizados para a recolha de dados? | X | | | | X | | | |
| 4 | Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise dos dados? | X | | | | X | | | |
| 5 | Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados? | X | | | | X | | | |
| 6 | Existe uma declaração que situa o investigador a nível cultural ou teórico? | | X | | | | X | | |
| 7 | A influência do investigador na investigação, e vice-versa, é abordada? | X | | | | | X | | |
| 8 | Os participantes, e as suas vozes, estão adequadamente representados? | X | | | | X | | | |
| 9 | A investigação é ética de acordo com os critérios atuais ou, no caso de estudos recentes, há provas de aprovação ética por um organismo adequado? | X | | | | X | | | |
| 10 | As conclusões do relatório de investigação decorrem da análise, ou da interpretação, dos dados? | X | | | | X | | | |
| Apreciação global | | 9/10 = 90% | | | | 8/10 = 80% | | | |
| Incluir | | X | | | | X | | | |
| Excluir | | | | | | | | | |
| Procurar mais informação | | | | | | | | | |

Fonte: JBI (2020)

A classificação final da qualidade dos estudos foi obtida através do cálculo da percentagem de respostas afirmativas relativamente ao número total de perguntas colocadas em cada

lista de verificação e considerados de boa qualidade os estudos com pontuação superior a 70% (Sousa et al., 2017). Deste modo, verificando-se que os 2 estudos selecionados possuíam uma boa qualidade metodológica, foram ambos incluídos na RIL.

4.2.2. Estudo de Casos Múltiplos

O estudo de caso é uma estratégia de investigação que permite investigar um fenómeno contemporâneo dentro de um determinado contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos. Tem como finalidade não só realizar diagnósticos extremamente detalhados sobre um determinado problema social, mas também compreender como determinadas realidades se manifestam e identificar as condicionantes que as geram (Júnior & Morais, 2018; Yin, 2003).

Trata-se, portanto, de um estudo empírico, com muitas variáveis de interesse e onde o resultado é baseado em diversas fontes de evidências, sendo que os dados obtidos devem convergir com outros resultados já encontrados em forma de triângulo: referências teóricas, colheita de dados e análise de dados (Júnior & Morais, 2018; Yin, 2003).

O estudo de caso pode incluir tanto 1 caso único como vários casos. Quando o investigador estuda conjuntamente alguns casos para investigar um dado fenómeno estamos perante um estudo de casos múltiplos (Júnior & Morais, 2018; Yin, 2003).

No estudo de casos múltiplos, cada caso em particular dos múltiplos selecionados consiste num estudo completo, no qual se procuram provas convergentes com respeito aos fatos e às conclusões (Júnior & Morais, 2018; Yin, 2003).

O estudo de casos múltiplos possui vantagens e desvantagens distintas em comparação com o estudo de caso único. Por um lado, os seus resultados são considerados mais convincentes, sendo visto como um estudo global, e nesse sentido, mais consistente e robusto. Por outro lado, pode exigir mais tempo e recursos do que aqueles de que o investigador independente dispõe (Júnior & Morais, 2018; Yin, 2003).

Para além de ser de casos múltiplos, o estudo de caso realizado pode ainda ser classificado como explanatório, uma vez que pretendeu procurar informação que possibilitasse o estabelecimento de relações de causa-efeito entre os cuidados prestados pelo EF e o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2, e como holístico, pois possui apenas 1 unidade de análise, o contributo dos cuidados prestados pelo EF (Meirinhos & Osório, 2010).

Quanto à implicação do investigador no fenómeno a estudar, estamos perante uma

investigação participante, em que o investigador não foi meramente um observador passivo, mas participou nos acontecimentos estudados. Embora não seja uma tarefa fácil, a implicação apresenta como vantagens uma maior aproximação à realidade dos dados, uma melhor compreensão das motivações das pessoas e uma maior facilidade na interpretação das variáveis do contexto de estudo, podendo inclusive não haver outro modo de recolher evidências para alguns tópicos de pesquisa (Meirinhos & Osório, 2010).

Neste método são seguidas as seguintes etapas: problematização, seleção dos objetivos, colheita de dados, análise e apresentação dos resultados (Júnior & Moraes, 2018; Yin, 2003).

4.2.2.1. Questão de Partida

A construção do estudo de caso começa com a problematização, que consiste na definição dos aspetos estruturais do mesmo sob a forma de uma pergunta do tipo “como” ou “porquê”. A questão inicial do estudo de caso irá orientar a procura sistemática de dados para extrair conclusões (Júnior & Moraes, 2018; Meirinhos & Osório, 2010; Yin, 2003).

Colocou-se como questão de partida para este estudo:

- Como podem os cuidados a prestar pelo EF contribuir para o melhor acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas na USF CampusSaúde?

4.2.2.2. Objetivo

Os objetivos selecionados devem estar sintonizados com a temática e delimitados de maneira tal que auxiliem o investigador a encontrar resultados concretos (Júnior & Moraes, 2018; Yin, 2003).

Este estudo teve como objetivo geral:

- Conhecer o contributo dos cuidados prestados pelo EF para o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas na USF CampusSaúde.

4.2.2.3. População e Amostra

A população é o conjunto de pessoas ou elementos que partilham 1 característica comum e a quem se pretende generalizar os resultados. A amostra, por sua vez, é o conjunto de

sujeitos de quem se recolherá os dados, selecionados para representar a população inteira de onde provieram (Coutinho, 2011).

Neste estudo, definiu-se como população-alvo as famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas no ficheiro da enfermeira orientadora e residentes na área geográfica de abrangência da USF CampuSaúde. Tendo-se verificado que existiam 3 famílias que reuniam essas características, as quais inclusive eram acompanhadas regularmente em consultas de enfermagem no domicílio, foram todas incluídas na amostra.

4.2.2.4. Instrumentos de Colheita de Dados

O poder diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências (artefactos, documentos, entrevistas e observações) (Yin, 2003). Assim, na colheita de dados o investigador deve estar atento a todas as fontes de evidências, mesmo aquelas que, num primeiro momento, possam parecer irrelevantes. 3 princípios devem ser obedecidos para garantir a confiabilidade e a validade do estudo, sendo eles a utilização de várias fontes, a criação de um banco de dados e o encadeamento de evidências (Júnior & Morais, 2018; Yin, 2003).

Para responder à questão de partida e cumprir o objetivo definido, houve necessidade de avaliar as famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2. Deste modo, o instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi a avaliação familiar de acordo com o MCAF, recorrendo à entrevista estruturada na aplicação de instrumentos de avaliação familiar (genograma, ecomapa, escala de Graffar adaptada, APGAR Familiar de Smilkstein e escala de readaptação social de Holmes e Rahe) e de avaliação individual dos elementos da família (escala de Barthel, escala de Morse, escala de Braden e escala de Zarit).

4.3. RESULTADOS

Depois de identificada a lista do acervo de estudos da RIL, a etapa seguinte consiste em reunir e sintetizar as informações-chave extraídas dos estudos selecionados (Sousa et al., 2017). A síntese dos dados pode ser narrativa ou tabular (Sousa et al., 2018).

Neste estudo, recorreu-se a ambas as formas de síntese para descrever os detalhes de cada estudo (autores, ano de publicação, título, objetivo, tipo de estudo, amostra e expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar identificadas) e para caracterizar os CI e as famílias de elementos adultos ou idosos dependentes com DM

representados nos estudos.

Com os dados colhidos no estudo de casos múltiplos, foi feita uma caracterização geral das famílias estudadas pela sua avaliação familiar, de acordo com as categorias, dimensões e subcategorias do MCAF, e foram elaborados planos de cuidados de acordo com o MCIF e com base no modelo de sistemas.

4.3.1. Apresentação dos Resultados dos Estudos

O estudo B4, de Bendixen et al. (2018), apresentou como objetivo descrever as experiências dos familiares na prestação de cuidados a pessoas idosas com DM que recebiam cuidados no domicílio, incluindo a sua interação com os prestadores de cuidados formais, através da realização de um estudo qualitativo descritivo.

Os participantes neste estudo foram 8 CI/familiares de pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 que recebiam cuidados domiciliários. Foram incluídos elementos da família que compreendiam e falavam norueguês e foram excluídos os que tinham défices cognitivos. A amostra não foi estratificada, tendo sido recrutada através de um enfermeiro de cuidados domiciliários que pediu a cada utente para indicar 1 membro da família para participar no estudo. Os participantes selecionados foram os que estavam disponíveis numa determinada zona geográfica de uma cidade norueguesa, com uma variação suficiente no seu contexto e nas suas relações com os utentes.

O método de recolha de dados utilizado foi a entrevista individual semi-estruturada. Os seguintes tópicos orientaram as entrevistas: papéis desempenhados pelo familiar; responsabilidades relacionadas com a DM; desafios específicos nos cuidados com a DM; experiências do elemento da família; dilemas por ser membro da família de uma pessoa com DM; e interação com os serviços de cuidados domiciliários. As entrevistas foram transcritas na íntegra e foi efetuada a análise de conteúdo.

O estudo B35, de Timsina et al. (2022), teve como objetivo compreender os fatores que afetam a adesão à insulina e à medicação oral para a DM nos refugiados butaneses de língua nepalesa com DM tipo 2, com a realização de um estudo qualitativo com grupos focais.

Participaram neste estudo 13 pessoas com DM tipo 2 e 10 CI/familiares. Foram considerados elegíveis refugiados butaneses de língua nepalesa, com idade igual ou superior a 18 anos, com DM tipo 2, com HbA1c superior a 8% e que tenham necessitado de cuidados entre 1 de julho de 2018 e 30 de junho de 2019 numa clínica da Universidade do

Kansas. Os participantes selecionados foram contactados por telefone pelo responsável pelo projeto e convidados a participar. Aos que aceitaram, foi-lhes pedido que escolhessem uma data para participar num grupo focal e que convidassem também 1 CI/familiar.

Foram realizadas 3 sessões de grupos focais com 7 a 10 pessoas por sessão. Foi utilizado um guia de entrevista semi-estruturada desenvolvido a partir do modelo de promoção da saúde de Pender, que incluía domínios do modelo como: comportamento prévio; influências pessoais, interpessoais e situacionais; e compromisso com um plano de ação. Os dados demográficos recolhidos foram analisados através de estatística descritiva e as transcrições dos grupos focais foram submetidas a análise de conteúdo. 1 dos CI/familiares participantes não preencheu a sua informação demográfica.

Quadro 17 - Síntese dos dados da RIL

| Estudos | Autores e anos de publicação | Títulos | Objetivos | Tipos de estudo | Amostras | Expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem |
|---------|------------------------------|---|--|--------------------------------------|---|---|
| B4 | Bendixen et al. (2018) | <i>Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services</i> | Descrever as experiências dos familiares na prestação de cuidados a pessoas idosas com DM que recebem cuidados no domicílio, incluindo a sua interação com os prestadores de cuidados formais. | Estudo qualitativo descritivo | 8 CI/familiares de idosos com DM tipo 1 ou tipo 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento regular; - Competência; - Comunicação eficaz com a pessoa com DM, com os familiares e com outros profissionais de saúde; - Continuidade de cuidados; - Experiência. |
| B35 | Timsina et al. (2022) | <i>Understanding medication adherence in Bhutanese refugees with diabetes in a Midwestern city</i> | Compreender os fatores que afetam a adesão à insulina e à medicação oral para a DM nos refugiados butaneses de língua nepalesa com DM tipo 2. | Estudo qualitativo com grupos focais | 13 adultos ou idosos com DM tipo 2 e 10 CI/familiares | <ul style="list-style-type: none"> - Compreensão da língua e da da cultura; - Comunicação eficaz com a pessoa com DM, com os familiares e com outros profissionais de saúde; - Educação em saúde; - Inclusão da família na prestação de cuidados. |

Em relação à sua composição, as famílias participantes no estudo B35 eram compostas por 1 a 10 elementos (média de 5,5 elementos).

No que diz respeito ao género dos participantes nos estudos, as pessoas com DM foram 4 homens (50%) e 4 mulheres (50%) no estudo B4 e 5 homens (38,5%) e 8 mulheres (61,5%) no estudo B35. Os CI foram 3 homens (37,5%) e 5 mulheres (62,5%) no estudo B4 e 5

homens (55,6%) e 4 mulheres (44,4%) no estudo B35.

Quanto à ordem de nascimento, as pessoas com DM tinham idade igual ou superior a 75 anos no estudo B4 e idades compreendidas entre os 42 e os 79 anos (média de 58 anos) no estudo B35. Os CI tinham idades compreendidas entre os 46 e os 85 anos (média de 63,4 anos) no estudo B4 e idades compreendidas entre os 19 e os 50 anos (média de 35 anos) no estudo B35.

Os subsistemas presentes nas famílias do estudo B4 eram, para além do subsistema individual, o subsistema conjugal, o subsistema parental e o subsistema filial. 3 pessoas com DM (37,5%) integravam o subsistema conjugal e 5 (62,5%) o subsistema parental, enquanto que 3 CI (37,5%) faziam parte do subsistema conjugal e 5 (62,5%) do subsistema filial.

A família extensa desempenhava as funções de apoio emocional, de companhia social, de guia cognitivo e de conselhos e de ajuda material e de serviços em ambos os estudos.

Os sistemas mais amplos identificados foram a família extensa, o hospital e o serviço de cuidados domiciliários no estudo B4 e a clínica, a comunidade butanesa, a família extensa, a farmácia e o hospital no estudo B35.

Relativamente à etnia, os participantes no estudo B35 eram refugiados butaneses.

Em relação à classe social, apenas o estudo B35 apresentou dados sobre a profissão, a instrução e o rendimento familiar dos participantes.

No que diz respeito à profissão, nenhuma das pessoas com DM tipo 2 tinha emprego, mas 2 (15,4%) tinham uma ocupação. 5 CI (55,6%) tinham emprego, 3 (33,3%) tinham uma ocupação e 1 (11,1%) estava desempregado.

Quanto à instrução, 1 pessoa com DM tipo 2 (7,7%) tinha frequentado a universidade, 3 (23,1%) tinham até ao 11º ano e 9 (69,2%) não tinham qualquer escolaridade. 1 CI (11,1%) tinha o bacharelato, 1 (11,1%) tinha frequentado a universidade, 4 (44,4%) tinham o ensino secundário, 2 (22,2%) tinham até ao 11º ano e 1 (11,1%) não tinha qualquer escolaridade.

Relativamente ao rendimento familiar, 2 famílias (15,4%) recebiam entre 501\$ e 750\$ por mês, 2 (15,4%) recebiam entre 751\$ e 1000\$ por mês, 2 (15,4%) recebiam entre 1001\$ e 1500\$ por mês, 4 (30,8%) recebiam entre 1501\$ e 2000\$ por mês, 1 (7,7%) recebia mais de 2000\$ por mês e 2 (15,4%) não tinham rendimento mensal. Apenas 1 participante (7,7%) admitiu a existência de barreiras financeiras à obtenção de medicamentos.

Com base nestes dados, podemos avaliar as famílias que participaram no estudo B35 como estando situadas entre a classe III (média) e a classe V (baixa).

Em relação ao ambiente, as famílias participantes habitavam numa cidade da Noruega no estudo B4 e na cidade do Kansas, nos Estados Unidos, no estudo B35.

Quadro 18 - Avaliação estrutural das famílias do acervo de estudos da RIL

| | | Estudo B4 | Estudo B35 |
|--------------------------|--------------------------------------|---|---|
| ESTRUTURA INTERNA | Composição da família | - | 1 a 10 elementos |
| | Género | Sexo feminino: 9 Sexo masculino: 7 | Sexo feminino: 12 Sexo masculino: 10 |
| | Orientação sexual | - | - |
| | Ordem de nascimento | Pessoa com DM: ≥ 75 anos CI: 46-85 anos | Pessoa com DM tipo 2: 42-79 anos CI: 19-50 anos |
| | Subsistemas | Subsistema individual Subsistema conjugal Subsistema parental Subsistema filial | - |
| | Limites | - | - |
| ESTRUTURA EXTERNA | Família extensa | Funções: apoio emocional, de companhia social, de guia cognitivo e de conselhos e de ajuda material e de serviços | Funções: apoio emocional, de companhia social, de guia cognitivo e de conselhos e de ajuda material e de serviços |
| | Sistemas mais amplos | Família extensa Hospital Serviço de cuidados domiciliários | Clínica Comunidade butanesa Família extensa Farmácia Hospital |
| CONTEXTO | Etnia | - | Butaneses |
| | Raça | - | - |
| | Classe social | - | Classe III: média Classe IV: média-baixa Classe V: baixa |
| | Espiritualidade e/ou religião | - | - |
| | Ambiente | Cidade da Noruega | Cidade do Kansas, Estados Unidos |

De acordo com a classificação do desenvolvimento familiar proposta por Relvas (1996, as cited in Alarcão, 2002), as famílias participantes nos estudos B4 e B35 encontravam-se na etapa “família com filhos adultos”, com as tarefas características dessa etapa.

No que diz respeito aos vínculos entre os elementos das famílias, as relações familiares eram descritas como moderadas, mas ocasionalmente conflituosas/stressantes, no estudo B4 e como fortes no estudo B35.

Quadro 19 - Avaliação de desenvolvimento das famílias do acervo de estudos da RIL

| | | Estudo B4 | Estudo B35 |
|------------------------|----------------|--|--|
| DESENVOLVIMENTO | Etapas | Família com filhos adultos | Família com filhos adultos |
| | Tarefas | - Facilitar a saída dos filhos de casa, permitindo-lhes uma construção autónomas das suas próprias vidas; - Aprender a lidar com o envelhecimento, primeiro com o das gerações mais idosas e depois com o seu próprio; - Renegociar a relação do casal num contexto de reavaliação do casamento, | - Facilitar a saída dos filhos de casa, permitindo-lhes uma construção autónomas das suas próprias vidas; - Aprender a lidar com o envelhecimento, primeiro com o das gerações mais idosas e depois com o seu próprio; - Renegociar a relação do casal num contexto de reavaliação do casamento, |

Quadro 19 - Avaliação de desenvolvimento das famílias do acervo de estudos da RIL (conclusão)

| | | Estudo B4 | Estudo B35 |
|--|-----------------|--|--|
| | | de balanço individual e profissional (Alarcão, 2002) | de balanço individual e profissional (Alarcão, 2002) |
| | Vínculos | Relação moderada ou conflituosa/stressante | Relação forte |

Quanto ao funcionamento instrumental, as pessoas com DM apresentavam níveis de independência para a realização das AVD que iam da dependência ligeira à dependência grave no estudo B4 e da dependência ligeira à dependência moderada no estudo B35. Em ambos os estudos, a AVD em que as pessoas com DM mais precisavam de ajuda era a alimentação, sendo também referido compromisso do auto-cuidado relativamente à gestão do regime terapêutico e à vigilância da glicemia.

Em relação ao funcionamento expressivo, os CI do estudo B4 por vezes não se sentiam satisfeitos com a ajuda que recebiam da família nem com o modo como as pessoas com DM reagiam aos seus sentimentos de preocupação, ao passo que os CI do estudo B35 expressaram sentir-se quase sempre muito satisfeitos com todos os aspetos do funcionamento familiar.

No que diz respeito à ajuda recebida por parte dos sistemas mais amplos, as famílias do estudo B4 manifestaram uma satisfação moderada com a ajuda da família extensa e do serviço de cuidados domiciliários, enquanto as famílias do estudo B35 mostraram uma satisfação elevada com a ajuda prestada pela família extensa e pela comunidade butanesa e uma satisfação moderada com a ajuda da clínica e da farmácia.

Quanto aos papéis familiares, foram referidos em ambos os estudos os papéis de prestador de cuidados, desempenhado pelos CI, e de provedor e ainda o papel de cuidado doméstico no estudo B35. Relativamente ao papel de prestador de cuidados, alguns CI do estudo B4 revelaram consenso com o mesmo e outros expressaram conflitos e saturação de papel, ao passo que os CI do estudo B35 apenas manifestaram consenso com o mesmo. No estudo B4, a sobrecarga dos CI era moderada a severa.

Em relação às crenças das famílias participantes sobre os cuidados de saúde, as famílias do estudo B4 mostraram uma satisfação moderada com os cuidados prestados pelos enfermeiros, enquanto as famílias do estudo B35 revelaram uma satisfação elevada com os profissionais de saúde que compreendiam a sua língua e cultura.

No que diz respeito às expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem, no estudo B4 a continuidade de cuidados foi valorizada, com os familiares a expressarem que seria tranquilizador ter sempre o mesmo enfermeiro responsável, e a competência formal adequada e a experiência dos enfermeiros foram apreciadas, bem como a segurança

proporcionada pelo acompanhamento regular realizado. Pelo contrário, os elementos da família sentiam insatisfação quando havia uma grande variabilidade de enfermeiros, quando estes demonstravam pouca competência ou falta de conhecimento sobre os utentes e quando a comunicação dos enfermeiros com as pessoas com DM, com os membros da família e com outros profissionais de saúde não era adequada.

Quanto ao estudo B35, os CI consideraram como muito importante a educação em saúde sobre DM tipo 2, medicação e mudanças no estilo de vida. Foram também valorizadas a compreensão da língua e da cultura como promotoras da confiança, assim como a comunicação eficaz dos enfermeiros com outros profissionais de saúde, com as pessoas com DM tipo 2 e com os familiares, por exemplo através do uso de linguagem simples e adequada aos destinatários. Como a cultura butanesa se centra na família e na comunidade, e não no indivíduo, foi sentido que os cuidados de saúde deveriam ser dirigidos à família como um todo.

Relativamente à união familiar, as famílias do estudo B35 apresentavam uma satisfação elevada nesse aspeto.

Quadro 20 - Avaliação funcional das famílias do acervo de estudos da RIL

| | | Estudo B4 | Estudo B35 |
|----------------------------------|---|---|--|
| FUNIONAMENTO INSTRUMENTAL | Nível de independência para a realização das AVD | Dependência ligeira a grave | Dependência ligeira a moderada |
| | FUNIONAMENTO EXPRESSIVO | | |
| | Comunicação emocional | Satisfação moderada com o modo como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos | Satisfação elevada com o modo como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos |
| | Comunicação verbal | - | - |
| | Comunicação não-verbal | - | - |
| | Comunicação circular | - | Satisfação elevada com a forma como a família discute assuntos de interesse comum |
| | Solução de problemas | Satisfação moderada com a ajuda recebida da família | Satisfação elevada com a ajuda recebida da família |
| | | - | Satisfação elevada com a partilha de soluções em família |
| | Papéis | Satisfação moderada com os sistemas mais amplos na resolução de problemas | Satisfação moderada a elevada com os sistemas mais amplos na resolução de problemas |
| | | Prestador de cuidados Provedor | Cuidado doméstico Prestador de cuidados Provedor |
| | | Consenso, conflitos ou saturação quanto ao papel de prestador de cuidados | Consenso quanto ao papel de prestador de cuidados |
| | | Sobrecarga moderada a severa do prestador de cuidados | - |
| | Influência e poder | - | - |

Quadro 20 - Avaliação funcional das famílias do acervo de estudos da RIL (conclusão)

| | | Estudo B4 | Estudo B35 |
|--|--------------------------|---|---|
| | Crenças | Satisfação moderada com os cuidados prestados pelos enfermeiros | Satisfação elevada com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde |
| | Alianças e uniões | - | Satisfação elevada com a união familiar |

4.3.2. Avaliação das Famílias com Elementos Dependentes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2

A família 1 é composta por B, de 75 anos, pela sua filha H, de 38 anos, doméstica, pelo seu genro I, de 36 anos, empregado numa fábrica, e pelos seus netos N, de 19 anos, empregado numa loja, e O, de 8 anos, estudante do 2º ano. Como antecedentes pessoais, B apresenta DM tipo 2 (2007), HTA (2011), ferida cirúrgica na zona plantar do pé direito (07/06/2022), desarticulação do primeiro dedo do pé direito (08/06/2022), eritema pelas fraldas (22/08/2022) e úlcera de pressão no calcanhar direito (13/04/2023), H tem uma deformação articular da anca esquerda (2019) e O demonstra dificuldade de aprendizagem da fala (2016).

A família extensa da família 1 inclui o marido de B, os 2 filhos mais velhos dessa relação, a nora e 2 netos. B encontra-se separada do marido deste 2007. H tem contacto ocasional com o pai. Embora fisicamente os filhos e a nora de B vivam muito próximos (na moradia contígua), existe uma relação conflituosa/stressante com estes elementos. Apesar disso, os filhos de B providenciam-lhe ajuda material, nomeadamente fornecem as fraldas e a medicação de que a mãe necessita, e B também lhes dá o mesmo tipo de ajuda, pois é a proprietária das habitações onde moram os filhos.

Para além da família extensa, os sistemas com os quais esta família interage são a USF CampuSaúde (tratamento de feridas 2 vezes por semana), o Banco Alimentar Contra a Fome (fornecimento de bens alimentares), a amiga P, o trabalho de I e N, a escola de O, a igreja e a terapeuta da fala de O.

Os elementos da família 1 demonstram satisfação com os vínculos existentes, com a comunicação familiar e com os papéis desempenhados. Contudo, a relação conjugal existente entre o casal H e I é insatisfatória no que se refere à interação sexual.

Quanto ao desempenho das AVD da família 1, todos os elementos são totalmente independentes, exceto B, que apresenta uma dependência grave e necessita de ajuda quase total de H, que é a sua CI. Relativamente aos cuidados com a DM tipo 2 de B, H é também a responsável pela gestão do regime terapêutico e pela vigilância da glicemia capilar e dos pés, demonstrando conhecimento para tal. No entanto, B e H nem sempre estão de acordo quanto aos cuidados a ter, nomeadamente no que se refere ao regime

dietético.

Enquanto CI, H sente-se muito satisfeita com os cuidados prestados pela EF devido à sua disponibilidade para esclarecer as suas dúvidas e à forma clara como comunica.

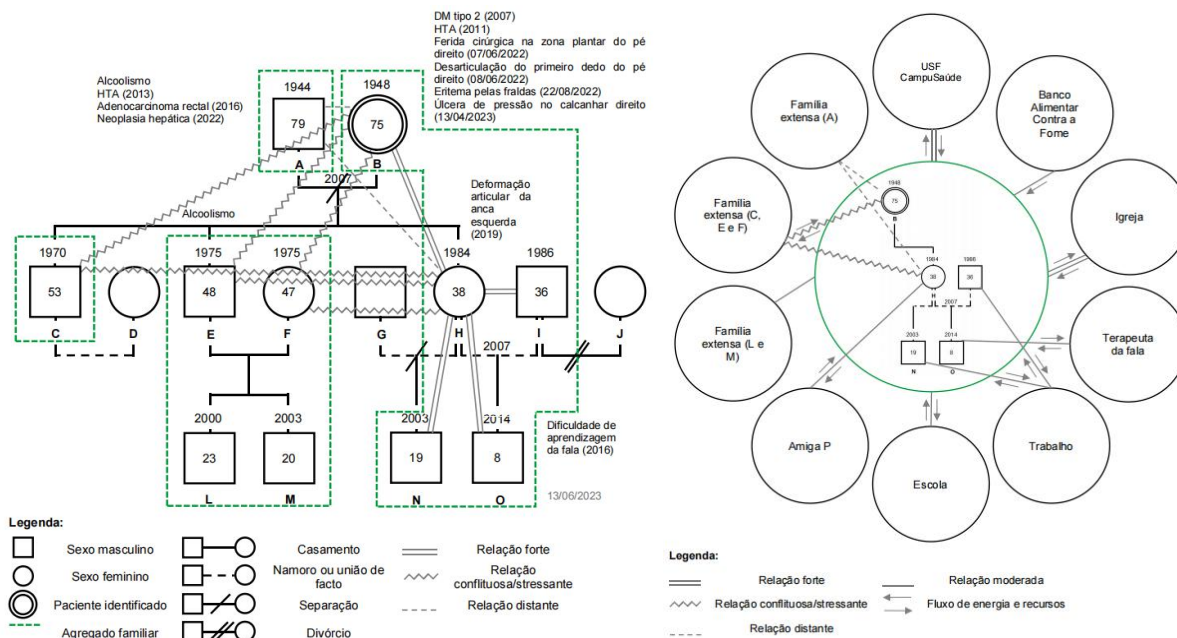


Figura 19 - Genograma e ecomapa da família 1

A família 2 é composta por A, de 87 anos, militar reformado, e pela sua esposa B, de 84 anos. Como antecedentes pessoais, A apresenta HTA (2012), doença diverticular (2014) e surdez (2023) e B tem rinite alérgica (2009), HTA (2010), DM tipo 2 (2012), doença de Parkinson (2015), úlcera venosa na perna esquerda (08/09/2023) e úlcera venosa na perna direita (06/10/2023).

A família extensa da família 2 inclui os 3 filhos do casal, o genro e a nora, os 5 netos, as esposas de 2 dos netos e 2 bisnetos. A relação entre todos os elementos é satisfatória e o contacto é frequente, de forma pessoal ou telefónica. As funções desempenhadas pela família extensa são de apoio emocional, de companhia social e de guia cognitivo e de conselhos.

Para além da família extensa, os sistemas com os quais esta família interage são a USF CampusSaúde (tratamento de feridas 2 vezes por semana), a empregada doméstica (limpeza da casa 2 vezes por semana), o serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia (fornecimento diário de refeições), a farmácia e a igreja.

Os elementos da família 2 demonstram satisfação com os vínculos existentes, com a comunicação familiar e com os papéis desempenhados. A relação conjugal existente entre o

casal também é considerada satisfatória.

Quanto ao desempenho das AVD da família 2, A é totalmente independente e B apresenta uma dependência grave, necessitando de ajuda parcial do marido, que é o seu CI. Relativamente aos cuidados com a DM tipo 2 de B, A é também o responsável pela gestão do regime terapêutico e pela vigilância da glicemia capilar e dos pés, mas não demonstra conhecimento sobre o regime dietético adequado.

Enquanto CI, A sente-se muito satisfeito com os cuidados prestados pela EF, que valoriza pela sua competência e experiência, e refere que gostaria que fosse sempre ela a cuidar de B.

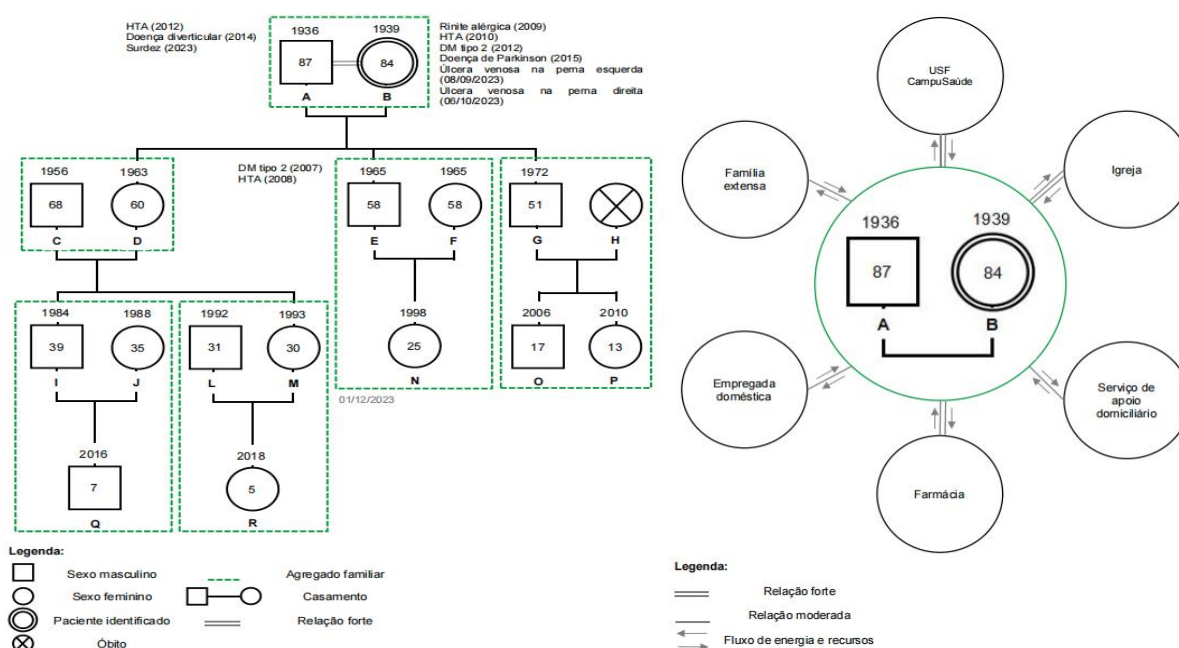


Figura 20 - Genograma e ecomapa da família 2

A família 3 é composta por A, de 83 anos, radiotelegrafista reformado, e pela sua esposa B, de 82 anos, trabalhadora agrícola reformada. Como antecedentes pessoais, A apresenta dislipidemia (2007), HTA (2007), hipertrofia prostática benigna (2007), DM tipo 2 (2011) e úlcera de pressão no calcanhar direito (06/12/2023) e B tem HTA (2007), osteoporose (2009), dislipidemia (2011) e artrite reumatóide (2019).

A família extensa da família 3 inclui a filha do casal, o genro e o neto. A relação entre todos os elementos é satisfatória e o contacto é frequente e pessoal. As funções desempenhadas pela família extensa são de apoio emocional, de companhia social, de guia cognitivo e de conselhos e de ajuda material e de serviços (acompanhamento em consultas médicas e ajuda na realização de compras).

Para além da família extensa, os sistemas com os quais esta família interage são a USF CampuSaúde (tratamento de feridas 2 vezes por semana), o serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia (cuidados de higiene e fornecimento diário de refeições), a farmácia e a igreja.

Os elementos da família 3 demonstram satisfação com os vínculos existentes, com a comunicação familiar e com os papéis desempenhados. A relação conjugal existente entre o casal também é considerada satisfatória.

Quanto ao desempenho das AVD da família 3, A apresenta uma dependência grave, necessitando de ajuda parcial da esposa, que é a sua CI, que por sua vez também demonstra já uma dependência ligeira. Relativamente aos cuidados com a DM tipo 2 de A, B é também a responsável pela gestão do regime terapêutico e pela vigilância da glicemia capilar, demonstrando conhecimento para isso. A vigilância dos pés é realizada pelas auxiliares do serviço de apoio domiciliário durante os cuidados de higiene.

Enquanto CI, B sente-se muito satisfeita com os cuidados prestados pela EF, pois o acompanhamento regular por parte da mesma fá-la sentir mais segura.

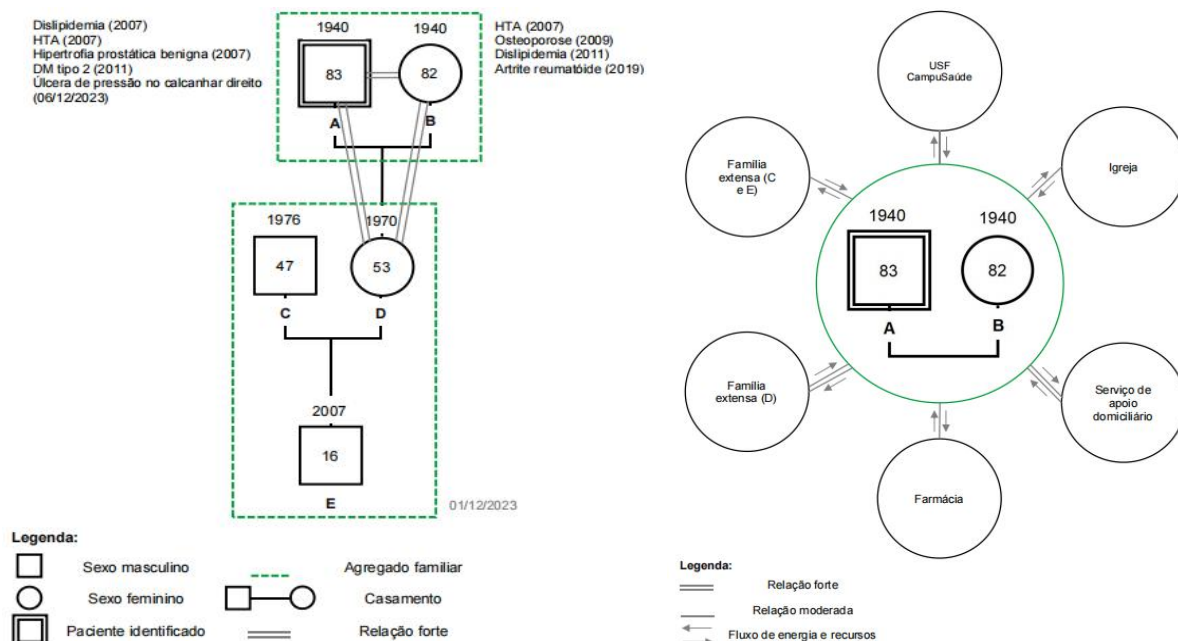


Figura 21 - Genograma e ecomapa da família 3

Para a avaliação estrutural das famílias, aplicaram-se como instrumentos de avaliação familiar o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada (Apêndices V, VI e VII).

Em relação à sua composição, as famílias eram compostas por 2 a 5 elementos (média de 3 elementos), sendo 2 famílias de tipologia nuclear (66,7%) e 1 família alargada e

reconstituída (33,3%).

No que diz respeito ao género, as pessoas com DM tipo 2 foram 1 homem (33,3%) e 2 mulheres (66,7%). Os CI foram também 1 homem (33,3%) e 2 mulheres (66,7%).

Quanto à orientação sexual, todos os elementos das famílias apresentavam orientação heterossexual (100%).

Relativamente à ordem de nascimento, as pessoas com DM tipo 2 eram em média mais velhas que os CI. As pessoas com DM tipo 2 tinham idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (média de 80,7 anos). Os CI tinham idades compreendidas entre os 38 e os 87 anos (média de 69 anos).

Os subsistemas presentes nas famílias eram, para além do subsistema individual, o subsistema conjugal, o subsistema parental, o subsistema filial e o subsistema fraternal. 2 das pessoas com DM tipo 2 (66,7%) integravam o subsistema conjugal e 1 (33,3%) o subsistema parental, enquanto que 2 CI (66,7%) faziam parte do subsistema conjugal e 1 (33,3%) do subsistema filial.

Os limites eram claros em todas as famílias (100%).

A família extensa desempenhava as funções de ajuda material e de serviços (100%), de apoio emocional (66,7%), de companhia social (66,7%) e de guia cognitivo e de conselhos (66,7%).

Os sistemas mais amplos identificados foram a família extensa (100%), a USF CampuSaúde (100%), a igreja (100%), o serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia (66,7%), a farmácia (66,7%), o Banco Alimentar Contra a Fome (33,3%), os amigos (33,3%), o trabalho (33,3%), a escola (33,3%), a terapeuta da fala (33,3%) e a empregada doméstica (33,3%).

Em relação à etnia e à raça, todos os elementos das famílias eram portugueses (100%) e de raça caucasiana (100%).

No que diz respeito à classe social, as famílias situavam-se na classe II (média-baixa) (66,7%) e na classe III (média) (33,3%).

Para avaliar as condições da habitação de cada família, foram seguidos os critérios relativos ao tipo de habitação definidos por Figueiredo (2012). As famílias viviam em habitações de grau 4 (33,3%), de grau 3 (33,3%) e de grau 2 (33,3%), situadas na vila (66,7%) ou na aldeia (33,3%).

Quadro 21 - Avaliação estrutural das famílias do estudo de casos múltiplos

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 |
|--------------------------|--------------------------------------|---|--|---|
| ESTRUTURA INTERNA | Composição da família | 5 elementos: B, H, I, N e O Família alargada e reconstituída | 2 elementos: A e B Família nuclear | 2 elementos: A e B Família nuclear |
| | Género | Sexo feminino: B e H Sexo masculino: I, N e O | Sexo feminino: B Sexo masculino: A | Sexo feminino: B Sexo masculino: A |
| | Orientação sexual | Heterossexual | Heterossexual | Heterossexual |
| | Ordem de nascimento | B: 75 anos H: 38 anos I: 36 anos N: 19 anos O: 8 anos | A: 87 anos B: 84 anos | A: 83 anos B: 82 anos |
| | Subsistemas | Subsistema individual: B, H, I, N e O Subsistema conjugal: H e I Subsistema parental: H e I Subsistema filial: N e O Subsistema fraternal: N e O | Subsistema individual: A e B Subsistema conjugal: A e B | Subsistema individual: A e B Subsistema conjugal: A e B |
| | Limites | Claros | Claros | Claros |
| ESTRUTURA EXTERNA | Família extensa | A: marido de B, pai de H, sogro de I, avô de N e de O C: filho de B, irmão de H, cunhado de I, tio de N e de O E: filho de B, irmão de H, cunhado de I, tio de N e de O F: nora de B, cunhada de H e de I, tia de N e de O L: neto de B, sobrinho de H e de I, primo de N e de O M: neto de B, sobrinho de H e de I, primo de N e de O | C: genro de A e de B D: filha de A e de B E: filho de A e de B F: nora de A e de B G: filho de A e de B I: neto de A e de B J: esposa do neto de A e de B L: marido da neta de A e de B M: neta de A e de B N: neta de A e de B O: neto de A e de B P: neta de A e de B Q: bisneto de A e de B R: bisneta de A e de B | C: genro de A e de B D: filha de A e de B E: neto de A e de B |
| | | Ajuda material | Apoio emocional Companhia social Guia cognitivo e de conselhos Ajuda material e de serviços | Apoio emocional Companhia social Guia cognitivo e de conselhos Ajuda material e de serviços |
| | Sistemas mais amplos | Família extensa USF CampusSaúde Banco Alimentar Contra a Fome Amiga P Trabalho de I e N Escola de O Igreja Terapeuta da fala | Família extensa USF CampusSaúde Empregada doméstica Serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia Farmácia Igreja | Família extensa USF CampusSaúde Serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia Farmácia Igreja |
| CONTEXTO | Etnia | Portugueses | Portugueses | Portugueses |
| | Raça | Caucasiana | Caucasiana | Caucasiana |
| | Classe social | Classe IV: média-baixa | Classe III: média | Classe IV: média-baixa |
| | Espiritualidade e/ou religião | Religião católica | Religião católica | Religião católica |
| | Ambiente | Habitação de grau 4 Zona intermédia Vila | Habitação de grau 2 Bom local Aldeia | Habitação de grau 3 Local isolado Arredores da vila |

Para a avaliação de desenvolvimento das famílias estudadas, foi utilizada a classificação do

desenvolvimento familiar proposta por Relvas (1996, as cited in Alarcão, 2002). As famílias encontravam-se na etapa “família com filhos adultos” (100%), com as tarefas inerentes a essa etapa.

Quanto aos vínculos entre os elementos das famílias, as relações familiares eram moderadas ou fortes. As relações conjugais eram satisfatórias em 2 famílias (66,7%) e insatisfatórias em 1 família (33,3%).

Quadro 22 - Avaliação de desenvolvimento das famílias do estudo de casos múltiplos

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 |
|------------------------|-----------------|---|---|---|
| DESENVOLVIMENTO | Etapas | Família com filhos adultos | Família com filhos adultos | Família com filhos adultos |
| | Tarefas | - Facilitar a saída dos filhos de casa, permitindo-lhes uma construção autónomas das suas próprias vidas; - Aprender a lidar com o envelhecimento, primeiro com o das gerações mais idosas e depois com o seu próprio; - Renegociar a relação do casal num contexto de reavaliação do casamento, de balanço individual e profissional (Alarcão, 2002) | - Facilitar a saída dos filhos de casa, permitindo-lhes uma construção autónomas das suas próprias vidas; - Aprender a lidar com o envelhecimento, primeiro com o das gerações mais idosas e depois com o seu próprio; - Renegociar a relação do casal num contexto de reavaliação do casamento, de balanço individual e profissional (Alarcão, 2002) | - Facilitar a saída dos filhos de casa, permitindo-lhes uma construção autónomas das suas próprias vidas; - Aprender a lidar com o envelhecimento, primeiro com o das gerações mais idosas e depois com o seu próprio; - Renegociar a relação do casal num contexto de reavaliação do casamento, de balanço individual e profissional (Alarcão, 2002) |
| | Vínculos | Relação forte: B e H; H e I; H e N; H e O Relação moderada: B e I; B e N; B e O; I e N; I e O; N e O Insatisfação com a relação conjugal | Relação forte Satisfação com a relação conjugal | Relação forte Satisfação com a relação conjugal |

Para a avaliação do funcionamento instrumental das famílias estudadas, foram aplicadas aos elementos das famílias a escala de Barthel, a escala de Morse e a escala de Braden (Apêndices V, VI e VII).

Relativamente ao funcionamento instrumental das pessoas com DM tipo 2, estas apresentavam: dependência grave para a realização das AVD (100%); alto risco (33,3%), baixo risco (33,3%) ou nenhum risco (33,3%) de queda; alto risco (66,7%) ou baixo risco (33,3%) de desenvolvimento de úlceras de pressão. Para além de serem dependentes na realização de todas as AVD, as pessoas com DM tipo 2 necessitavam de ajuda relativamente à gestão do regime terapêutico (100%) e à vigilância da glicemia capilar (100%) e dos pés (100%).

Em relação ao funcionamento instrumental dos CI, estes tinham independência total (66,7%) ou dependência ligeira (33,3%) para a realização das AVD e baixo risco (66,7%) ou nenhum risco de queda (33,3%). Os outros elementos da família apresentavam independência total

(100%) e nenhum risco de queda (100%).

Na avaliação do funcionamento expressivo de cada família, recorreu-se ao APGAR Familiar de Smilkstein e à escala de readaptação social de Holmes e Rahe. Todas as famílias eram altamente funcionais (100%) e com baixa probabilidade de incidência de doenças psicossomáticas (100%).

No que diz respeito ao funcionamento expressivo, os CI expressaram satisfação elevada (66,7%) a moderada (33,3%) com o modo como a família manifestava a sua afeição e reagia aos sentimentos, satisfação elevada (66,7%) a moderada (33,3%) com a forma como a família discutia assuntos de interesse comum, satisfação moderada (66,7%) a elevada (33,3%) com a ajuda que recebiam da família, satisfação elevada (66,7%) a moderada (33,3%) com a partilha de soluções em família, satisfação elevada (66,7%) a reduzida (33,3%) com os sistemas mais amplos na resolução de problemas, satisfação elevada (100%) com a influência de cada membro da família e satisfação elevada (100%) com a união familiar.

Quanto aos papéis familiares, estavam presentes em todas as famílias o papel de prestador de cuidados desempenhado pelos CI (100%), de cuidado doméstico (100%), de gestão financeira (100%) e de provedor (100%) e em 1 família o papel parental (33,3%). Apesar de haver consenso quanto ao desempenho de papéis (100%), todos os CI apresentavam sobrecarga moderada (100%), avaliada pela escala de Zarit. Nenhum CI detinha legalmente o estatuto do CI (0%) e apenas 1 conhecia o estatuto (33,3%) e já tinha solicitado o mesmo, tendo-lhe sido recusado pela SS por não cumprir os critérios previstos na legislação.

Relativamente às crenças das famílias sobre os cuidados de saúde, os CI manifestaram uma satisfação elevada (100%) com os cuidados prestados pela EF. Como expetativas quanto aos cuidados de enfermagem, foram referidas a educação em saúde, a comunicação eficaz com os CI, a continuidade de cuidados, a competência e a experiência da EF e o acompanhamento regular por parte da mesma.

Quadro 23 - Avaliação funcional das famílias do estudo de casos múltiplos

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 |
|----------------------------------|---|--|--|--|
| FUNIONAMENTO INSTRUMENTAL | Nível de independência para a realização das AVD | B: dependência grave H: independência total I: independência total N: independência total O: independência total | A: independência total B: dependência grave | A: dependência grave B: dependência ligeira |
| | Risco de queda | B: sem risco H: baixo risco I: sem risco N: sem risco O: sem risco | A: sem risco B: alto risco | A: baixo risco B: sem risco |

Quadro 23 - Avaliação funcional das famílias do estudo de casos múltiplos (conclusão)

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| FUNIONAMENTO EXPRESSIVO | Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão | B: alto risco | B: baixo risco | A: alto risco |
| | Funcionalidade familiar | Altamente funcional | Altamente funcional | Altamente funcional |
| | Probabilidade de incidência de doenças psicossomáticas | Baixa | Baixa | Baixa |
| | Comunicação emocional | Satisfação elevada com o modo como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos | Satisfação moderada com o modo como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos | Satisfação elevada com o modo como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos |
| | Comunicação verbal | Todos são claros e diretos no discurso | Todos são claros e diretos no discurso | Todos são claros e diretos no discurso |
| | Comunicação não-verbal | De acordo com o que é expresso verbalmente | De acordo com o que é expresso verbalmente | De acordo com o que é expresso verbalmente |
| | Comunicação circular | Satisfação elevada com a forma como a família discute assuntos de interesse comum | Satisfação moderada com a forma como a família discute assuntos de interesse comum | Satisfação elevada com a forma como a família discute assuntos de interesse comum |
| | Solução de problemas | Satisfação elevada com a ajuda recebida da família | Satisfação elevada com a ajuda recebida da família | Satisfação moderada com a ajuda recebida da família |
| | | Satisfação elevada com a partilha de soluções em família | Satisfação moderada com a partilha de soluções em família | Satisfação elevada com a partilha de soluções em família |
| | | Satisfação reduzida com os sistemas mais amplos na resolução de problemas | Satisfação elevada com os sistemas mais amplos na resolução de problemas | Satisfação elevada com os sistemas mais amplos na resolução de problemas |
| | Papéis | Cuidado doméstico: H e I Gestão financeira: I Parental: H e I Prestador de cuidados: H Provedor: I Elemento da família dependente: B | Cuidado doméstico: A Gestão financeira: A Prestador de cuidados: A Provedor: A Elemento da família dependente: B | Cuidado doméstico: B Gestão financeira: B Prestador de cuidados: B Provedor: A e B Elemento da família dependente: A |
| | | Consenso quanto ao desempenho de papéis | Consenso quanto ao desempenho de papéis | Consenso quanto ao desempenho de papéis |
| | | Sobrecarga moderada do prestador de cuidados | Sobrecarga moderada do prestador de cuidados | Sobrecarga moderada do prestador de cuidados |
| | | Sem estatuto do CI | Sem estatuto do CI | Sem estatuto do CI |
| | Influência e poder | Satisfação elevada com a influência de cada membro da família | Satisfação elevada com a influência de cada membro da família | Satisfação elevada com a influência de cada membro da família |
| Crenças | Satisfação elevada com os cuidados prestados pela EF | Satisfação elevada com os cuidados prestados pela EF | Satisfação elevada com os cuidados prestados pela EF | |
| | Satisfação elevada com os cuidados prestados por outros profissionais de saúde | Satisfação moderada com os cuidados prestados por outros profissionais de saúde | Satisfação elevada com os cuidados prestados por outros profissionais de saúde | |
| Alianças e uniões | Satisfação elevada com a união familiar | Satisfação elevada com a união familiar | Satisfação elevada com a união familiar | |

Nos planos de cuidados elaborados com as famílias estudadas (Apêndice VIII), encontram-se descritos os stressores identificados, os diagnósticos formulados, os objetivos definidos, as intervenções planeadas, de acordo com os domínios do MCIF (afetivo, cognitivo e

comportamental) e com os níveis de intervenção do modelo de sistemas (prevenção primária, secundária e terciária), e os resultados obtidos. A linguagem utilizada foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Para cada família foram identificados 3 a 11 stressores (média de 6), tendo sido definidos entre 2 a 11 objetivos (média de 5,3) e formulados 2 a 8 diagnósticos (média de 4,3).

Os diagnósticos mais frequentes foram “sobrecarga por stresse do prestador de cuidados, em grau moderado”, formulado em todas as famílias (100%), e “conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações da úlcera venosa não demonstrado”, formulado em 2 famílias (66,7%).

No que diz respeito às intervenções, quanto ao domínio do funcionamento familiar, das 103 intervenções planeadas 41 incidiram no domínio comportamental (39,8%), 38 no domínio afetivo (36,9%) e 24 no domínio cognitivo (23,3%) e, relativamente ao nível de intervenção, 88 inseriam-se na prevenção secundária (85,4%), 10 na prevenção primária (9,7%) e 5 na prevenção terciária (4,9%).

Os resultados obtidos com as intervenções implementadas foram globalmente positivos, tendo-se conseguido diminuir o número de stressores identificados de 18 para 9 (50%), reduzir o número de diagnósticos formulados de 13 para 6 (46,2%) e cumprir 13 (81,3%) dos 16 objetivos definidos.

Tabela 13 - Evolução dos stressores, diagnósticos e objetivos após as intervenções

| | Stressores | | | Diagnósticos | | | Objetivos | | |
|------------------|------------|----------|--------------|--------------|----------|----------------|-----------|-----------|--------------|
| | Antes | Após | Varição | Antes | Após | Varição | Definidos | Cumpridos | Varição |
| Família 1 | 11 | 6 | - 45,5% | 8 | 4 | - 50% | 11 | 8 | 72,7% |
| Família 2 | 4 | 2 | - 50% | 3 | 1 | - 67% | 3 | 3 | 100% |
| Família 3 | 3 | 1 | - 67% | 2 | 1 | - 50% | 2 | 2 | 100% |
| Total | 18 | 9 | - 50% | 13 | 6 | - 53,8% | 16 | 13 | 81,3% |

4.4. DISCUSSÃO

Tendo-se efetuado a síntese dos estudos selecionados na RIL e a avaliação familiar das famílias estudadas no estudo de casos múltiplos, pretende-se agora analisar os resultados obtidos, dando resposta às questões inicialmente enunciadas.

Nesta etapa da RIL, o revisor faz a comparação entre os resultados dos estudos incluídos e o conhecimento teórico, destacando as conclusões e as implicações resultantes (Sousa et al., 2017). A análise crítica dos dados e a criatividade são a chave para a identificação de padrões e temas importantes (Sousa et al., 2018).

Na análise dos resultados do estudo de caso, o investigador examina, categoriza, classifica

e recombina as evidências tendo em vista as proposições iniciais (Júnior & Morais, 2018; Yin, 2003).

De um modo geral, a caracterização das famílias estudadas pela sua avaliação familiar conduziu a resultados semelhantes tanto na RIL como no estudo de casos múltiplos. Como principais diferenças, salientam-se a etnia dos participantes e o ambiente em que os estudos foram realizados. Outra diferença encontrada, provavelmente relacionada com as anteriores, foi que as famílias participantes na RIL eram em média compostas por 5,5 elementos, enquanto as famílias do estudo de casos múltiplos eram mais pequenas, com uma média de 3 elementos, sendo maioritariamente famílias nucleares. A composição e a tipologia destas famílias vão de encontro aos dados socio-demográficos existentes sobre as famílias portuguesas, sendo que em Portugal cada família é composta em média por 2,5 elementos e o tipo de família mais comum é a família nuclear (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024).

Os CI eram maioritariamente do sexo feminino, mais novos do que as pessoas de quem cuidavam e faziam parte do subsistema conjugal ou do subsistema filial. Estas características correspondem ao que é descrito pelos autores consultados, que nos dizem que os CI são geralmente mulheres, de meia-idade, cônjuges ou filhas das pessoas cuidadas (Capelo et al., 2022).

De acordo com as várias classificações mencionadas na evidência teórica, os CI presentes no estudo de casos múltiplos podem ser considerados como CI: primários, pois eram os principais responsáveis pelos cuidados diários prestados aos seus familiares dependentes portadores de DM tipo 2; dedicados, por se mostrarem sempre disponíveis e preocupados com o bem-estar daqueles de quem cuidavam; e principais, uma vez que viviam com as pessoas cuidadas e não eram remunerados (Dixe & Querido, 2020; Gomes et al., 2023; Marques et al., 2012; Moreira & Caldas, 2007; SS, 2023).

Ainda no estudo de casos múltiplos, nenhum CI detinha legalmente o estatuto do CI e apenas 1 já o conhecia e tinha solicitado, tendo-lhe o mesmo sido recusado pela SS por não cumprir os critérios definidos legalmente. Como relatado na literatura, embora o reconhecimento legal do estatuto do CI seja uma realidade, a maioria dos CI desconhece a sua existência e/ou não sabe como o pode obter, tendo sido registados até ao momento um número reduzido de pedidos deste estatuto. Para além disso, há muita dificuldade em aceder ao mesmo, com a maior parte dos requerimentos efetuados a serem rejeitados pela SS por incumprimento de critérios (Nascimento et al., 2022).

As pessoas dependentes com DM tipo 2 eram também na sua maioria do sexo feminino, o

que resulta do facto das mulheres viverem em média mais anos do que os homens, sendo a esperança média de vida no sexo feminino de 83,5 anos e no sexo masculino de 78,1 anos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024).

Segundo os autores consultados, entre os fatores que influenciam a qualidade dos cuidados prestados pelos CI e a sua satisfação com o desempenho desse papel encontram-se o suporte social recebido e as características sócio-demográficas dos CI, como o seu nível educacional, recursos económicos e vida profissional (Cruz et al., 2010; Santos et al., 2022). Nas famílias estudadas, as funções desempenhadas pela família extensa eram de ajuda material e de serviços, de apoio emocional, de companhia social e de guia cognitivo e de conselhos. Para além da família extensa, os sistemas mais amplos mais frequentemente identificados foram os CSP, a farmácia, o hospital, a igreja e o serviço de apoio domiciliário. Relativamente à classe social, as famílias estudadas situavam-se na sua maioria na classe II (média-baixa) e na classe III (média).

Todas as famílias se encontravam na etapa “família com filhos adultos”, desempenhando as tarefas próprias dessa etapa. Em relação aos vínculos existentes, as relações entre os elementos das famílias eram moderadas ou fortes, embora ocasionalmente pudessem tornar-se conflituosas/stressantes quando os CI e as pessoas dependentes com DM tipo 2 não estavam de acordo quanto ao que consideravam ser uma gestão correta da doença (Bendixen et al., 2018).

Todas as pessoas com DM tipo 2 apresentavam dependência para a realização das AVD e compromisso do auto-cuidado relativamente à gestão do regime terapêutico e à vigilância da glicemia, havendo um aumento das dificuldades apresentadas com o avançar da idade. No estudo de casos múltiplos, 1 dos CI tinha também dependência ligeira para a realização das AVD, o que vai de encontro ao que é descrito na evidência teórica sobre o CI poder ser um idoso menos dependente que cuida do seu familiar idoso mais dependente, sendo que o desgaste físico do CI e o grau de dependência do familiar são fatores que podem influenciar negativamente os cuidados prestados (Capelo et al., 2022; Cruz et al., 2010; Moreira & Caldas, 2007; Nascimento et al., 2022; Santos et al., 2022).

É mencionado na literatura que a falta de apoio familiar, formal e informal é uma das principais dificuldades sentidas pelos CI (Capelo et al., 2022; Cruz et al., 2010; Nascimento et al., 2022; Santos et al., 2022). Globalmente, as famílias estudadas eram percecionadas como altamente funcionais, sendo para os CI o aspeto menos satisfatório da funcionalidade familiar a ajuda que recebiam da sua família e o mais satisfatório a união familiar. No que diz respeito à ajuda recebida por parte dos sistemas mais amplos, a maior parte das famílias estava satisfeita com a mesma.

Para além do papel de prestador de cuidados desempenhado pelos CI, os papéis familiares mais frequentemente presentes eram o de cuidado doméstico e o de provedor. Apesar da maioria dos CI estudados manifestarem consenso quanto ao desempenho de papéis, todos apresentavam algum grau de sobrecarga. No estudo de casos múltiplos, os principais fatores identificados como causadores de sobrecarga dos CI foram o grau de dependência das pessoas cuidadas e a sensação de perda de controlo por parte dos CI, tanto relativamente à sua própria vida como de incerteza quanto ao que poderá acontecer aos seus familiares.

Pela análise dos estudos selecionados na RIL, foi identificada como principal expectativa dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados de enfermagem a prestar a comunicação eficaz do enfermeiro com a pessoa dependente com DM tipo 2, com os seus familiares e com outros profissionais de saúde, referida em ambos os estudos (Bendixen et al., 2018; Timsina et al., 2022).

Outras expectativas manifestadas foram: a continuidade de cuidados, devendo ser sempre o mesmo enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem a prestar; que o enfermeiro possuísse competência e experiência; que existisse um acompanhamento regular por parte do mesmo; e que os cuidados de enfermagem a prestar contemplassem educação em saúde, tivessem em conta a língua e a cultura dos seus destinatários e incluíssem não só a pessoa dependente com DM tipo 2 mas a família como um todo (Bendixen et al., 2018; Timsina et al., 2022).

Tal corresponde também às expectativas descritas pelos CI de pessoas dependentes com DM tipo 2 no estudo de casos múltiplos. Todos os CI expressaram um grau de satisfação elevado com os cuidados prestados pela EF, tendo referido como motivos para tal a educação em saúde realizada, a comunicação eficaz com os CI, a continuidade de cuidados, a competência e a experiência demonstradas pela EF e o acompanhamento regular por parte da mesma. O único motivo de insatisfação foi não haver maior continuidade de cuidados, pois, por razões logísticas da USF CampuSaúde, nem sempre as consultas de enfermagem no domicílio podem ser realizadas pela EF.

Estes resultados estão de acordo com o que é relatado pelos autores consultados relativamente às necessidades percecionadas pelos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 na adaptação ao seu papel, nomeadamente necessidades de apoio, atenção, capacitação, informação em saúde e suporte emocional, e à importância que os enfermeiros podem ter enquanto agentes facilitadores durante esse processo de transição, construindo estratégias de cuidados diante da perceção dos membros da família e de acordo com as especificidades e particularidades familiares

(Capelo et al., 2022; França et al., 2022; Martins & Rodrigues, 2019; Moreira et al., 2009).

Com o estudo de casos múltiplos, foi ainda possível ficar a conhecer o contributo dos cuidados prestados pelo EF para o acompanhamento de famílias com elementos dependentes com DM tipo 2 inscritas na USF CampusSaúde através da avaliação dos resultados obtidos após a implementação das intervenções. Concluiu-se que esse contributo foi francamente positivo, uma vez que o número de stressores identificados diminuiu em 50%, o número de diagnósticos formulados foi reduzido em 53,8% e 81,3% dos objetivos definidos em conjunto com as famílias foram cumpridos.

Assim, os resultados obtidos indicam que uma prestação de cuidados pelo EF que seja alicerçada em instrumentos e modelos de avaliação e intervenção familiar, baseada em objetivos negociados com as famílias, e que inclua intervenções específicas para potencializar as forças, recursos e competências familiares, dirigidas a todos os domínios do funcionamento familiar e aos diferentes níveis de intervenção, permite obter ganhos significativos na saúde familiar e, conseqüentemente, favorece o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2.

4.5. CONCLUSÃO

O presente estudo emergiu da necessidade sentida de perceber como pode o EE em ESF contribuir para dar resposta às necessidades e dificuldades manifestadas pelos CI que cuidam de membros da família portadores de DM tipo 2. Para a sua realização foram utilizados 2 métodos de investigação complementares, a RIL e o estudo de casos múltiplos, pretendendo-se com esta metodologia ampliar a perspetiva sobre o problema experienciado na prática clínica, tendo como referenciais teóricos e metodológicos orientadores da prática o MCAF, o MCIF e o modelo de sistemas de Neuman.

A RIL pretendeu responder à questão de investigação, formulada de acordo com a mnemónica PCC, “Quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EF?” e teve como objetivos caracterizar os CI e as famílias de elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 e determinar quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EE em ESF.

Com a estratégia de pesquisa definida, foi feita a procura de estudos nas bases de dados, tendo sido identificados 93 estudos, 2 dos quais estavam dentro dos parâmetros de inclusão. Após a avaliação crítica, verificou-se que os estudos selecionados possuíam uma boa

qualidade metodológica e foram ambos incluídos na RIL.

O estudo de casos múltiplos teve como questão de partida “Como podem os cuidados a prestar pelo EF contribuir para o melhor acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas na USF CampuSaúde?”, sendo o seu objetivo conhecer o contributo dos cuidados prestados pelo EE em ESF para o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas na USF CampuSaúde.

Definiu-se como população-alvo as famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas no ficheiro da enfermeira orientadora e residentes na área geográfica de abrangência da USF CampuSaúde, tendo-se verificado que existiam 3 famílias que reuniam essas características, as quais foram todas incluídas na amostra. Foi utilizado como instrumento de colheita de dados a avaliação familiar de acordo com o MCAF, recorrendo à entrevista estruturada na aplicação de instrumentos de avaliação familiar e individual dos elementos da família. Foram também elaborados planos de cuidados de acordo com o MCIF e com base no modelo de sistemas.

De um modo geral, a caracterização das famílias estudadas pela sua avaliação familiar conduziu a resultados semelhantes na RIL e no estudo de casos múltiplos.

Os CI eram maioritariamente do sexo feminino, mais novos do que as pessoas de quem cuidavam e faziam parte do subsistema conjugal ou do subsistema filial, podendo ser classificados como CI primários, dedicados e principais. Apesar disso, nenhum detinha legalmente o estatuto do CI. Embora a maioria dos CI estudados manifestassem consenso quanto ao desempenho de papéis, todos apresentavam algum grau de sobrecarga.

As pessoas dependentes com DM tipo 2 eram também na sua maioria do sexo feminino, apresentavam dependência para a realização das AVD e compromisso do auto-cuidado relativamente à gestão do regime terapêutico e à vigilância da glicemia.

As famílias estudadas situavam-se na sua maioria nas classes sociais II (média-baixa) e III (média) e todas se encontravam na etapa “família com filhos adultos”. As relações familiares eram moderadas ou fortes, embora ocasionalmente pudessem ser conflituosas/stressantes quando os CI e as pessoas dependentes com DM tipo 2 não estavam de acordo quanto à gestão correta da doença. Globalmente, as famílias eram percecionadas como altamente funcionais.

Pela análise dos estudos selecionados na RIL, foi identificada como principal expectativa dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados de enfermagem a prestar a comunicação eficaz do enfermeiro com a pessoa

dependente com DM tipo 2, com os seus familiares e com outros profissionais de saúde. Outras expetativas manifestadas foram: a continuidade de cuidados; que o enfermeiro possuísse competência e experiência; que existisse um acompanhamento regular por parte do mesmo; e que os cuidados de enfermagem a prestar contemplassem educação em saúde, tivessem em conta a língua e a cultura dos seus destinatários e incluíssem não só a pessoa dependente com DM tipo 2 mas a família como um todo (Bendixen et al., 2018; Timsina et al., 2022).

Constatou-se que estes resultados correspondiam também às expetativas descritas pelos CI de familiares dependentes com DM tipo 2 no estudo de casos múltiplos. Com o estudo de casos múltiplos, concluiu-se ainda que o contributo dos cuidados prestados pelo EF no acompanhamento de famílias com elementos dependentes com DM tipo 2 é francamente positivo, uma vez que o número de stressores identificados diminuiu em 50%, o número de diagnósticos formulados foi reduzido em 53,8% e 81,3% dos objetivos definidos em conjunto com as famílias foram cumpridos.

Com os resultados obtidos, é possível afirmar que os cuidados prestados pelo EF que favorecem o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas na USF CampuSaúde, traduzindo-se em ganhos na saúde familiar, são aqueles que se baseiam na utilização de instrumentos e modelos de avaliação e intervenção familiar, no estabelecimento de uma parceria colaborativa com as famílias e na valorização das forças, recursos e competências familiares.

4.6. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

A etapa final, tanto na RIL como no estudo de casos múltiplos, consiste em refletir sobre a aplicabilidade dos resultados obtidos, explicitando os possíveis enviesamentos ou lacunas existentes, e dar a conhecer esses mesmos resultados à comunidade científica, apontando sugestões pertinentes para a melhoria da prestação de cuidados de saúde (Júnior & Morais, 2018; Sousa et al., 2017; Yin, 2003).

Como limitações da RIL identificam-se o número limitado de estudos que cumpriam os critérios de inclusão, a existência de pessoas dependentes com DM tipo 1 (e não DM tipo 2) nas amostras dos estudos selecionados e não haver distinção entre as expetativas dos CI quanto aos cuidados a prestar pelos enfermeiros e por outros cuidadores formais. Como “limitação” do estudo de casos múltiplos, há a referir o facto de não ter sido possível a ocultação quer dos participantes, pois as intervenções aplicadas exigiam a sua participação ativa e consciente, quer da avaliadora, uma vez que esta desempenhou simultaneamente os

2 papéis, de observadora e de participante, quanto à aplicação das intervenções estudadas.

Apesar de se considerar que estas limitações podem diminuir a representatividade do estudo, sendo necessária cautela na extrapolação e generalização dos resultados para a população geral, salientam-se como recomendações para a prática clínica do EE em ESF que este deve:

- Estabelecer uma comunicação eficaz com as pessoas dependentes com DM tipo 2, com os seus familiares e com outros profissionais de saúde;
- Promover a continuidade de cuidados, sendo sempre que possível o responsável pelos cuidados de enfermagem a prestar aos utentes e às famílias do seu ficheiro;
- Possuir competência e experiência, certificando-se que a informação que transmite é fidedigna e mantendo atualizados os seus conhecimentos e competências através da formação contínua;
- Garantir um acompanhamento regular ou, pelo menos, facilidade de acesso em caso de necessidade, definindo com os CI formas de contacto as mais diretas possíveis, como o seu número de telefone e o seu endereço de correio eletrónico;
- Contemplar educação em saúde dirigida às necessidades dos CI, como a gestão correta do regime terapêutico, de modo a contribuir para reforçar as suas linhas de defesa, aumentar a sua resistência e reduzir o efeito dos stressores a que estão sujeitos;
- Ter em conta a língua e a cultura dos destinatários dos cuidados de enfermagem;
- Incluir não só as pessoas dependentes com DM tipo 2, mas as famílias como um todo, nos cuidados prestados;
- Melhorar a literacia em saúde dos CI através da divulgação do estatuto do CI e do modo de acesso ao mesmo;
- Ter por base da sua prestação de cuidados a utilização de instrumentos e modelos de avaliação e intervenção familiar, o estabelecimento de objetivos em parceria colaborativa com as famílias e a implementação de intervenções específicas para potencializar as forças, recursos e competências familiares, dirigidas a todos os domínios do funcionamento familiar e aos diferentes níveis de intervenção.

O facto de terem sido encontrados poucos estudos, publicados ou não, relacionados com o problema abordado, e nenhum no domínio específico da ESF, reforça a necessidade de ser realizada mais investigação nesta área.

CONCLUSÃO INTEGRATIVA

O período de ensino clínico que agora terminou constituiu o culminar do meu percurso formativo enquanto aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de ESF, da Escola Superior de Saúde do IPL. O presente relatório pretendeu traduzir o caminho por mim percorrido e como este contribuiu para a aquisição de competências enquanto EE em ESF.

Enquanto o primeiro estágio permitiu aprofundar conhecimentos sobre os contextos da prática clínica em ESF, no meu caso sobre as USF, o segundo foi centrado na prestação de cuidados de saúde às famílias, tendo sido necessário aprender na prática a colocar a família no centro dos cuidados, isto é, fazer a transição de uma perspetiva individualista de “cuidar da pessoa” para a perspetiva de “cuidar da família como unidade de cuidados”, este último ensino clínico visou, para além da continuação das aprendizagens anteriores, o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência através da realização de um estudo de investigação direcionado à família com o qual se pretendeu, simultaneamente, abordar uma situação do contexto prático do EE em ESF e demonstrar a efetividade dos cuidados especializados.

Com o estudo de investigação realizado segundo a metodologia da RIL, sobre as expectativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EF, foi possível não só desenvolver as minhas competências enquanto investigadora como elaborar um conjunto de recomendações úteis para a prática clínica do EE em ESF, como contributo para uma melhor prestação de cuidados às famílias e aos seus CI que cuidam de membros dependentes com DM tipo 2. A metodologia do estudo de casos múltiplos, por sua vez, permitiu constatar o impacto positivo dos cuidados prestados pelo EE em ESF quando estes são baseados em instrumentos e modelos de avaliação e intervenção familiar.

Como principais ganhos das aprendizagens adquiridas durante este estágio, destaco a aquisição de uma visão mais ampla do funcionamento e organização das USF e dos cuidados de enfermagem especializados prestados à família nos diferentes programas de saúde, bem como a consolidação dos conhecimentos teóricos através da sua aplicação prática no desenvolvimento das competências do EE em ESF, que compreendem as aptidões preconizadas pelos descritores de Dublin para a obtenção do grau de mestre, demonstrando assim o amadurecimento pessoal e profissional alcançado.

Embora exerça a minha atividade profissional também numa USF, considero que contactar com novas experiências é sempre uma oportunidade de aprendizagem e de evolução

profissional. Deste modo, foi muito enriquecedor ter ficado a conhecer melhor realidades distintas e métodos de trabalho diferentes e ter tido a oportunidade de partilhar conhecimentos e experiências com as EF da USF CampuSaúde. Foi também gratificante poder acompanhar as mesmas famílias ao longo dos diferentes períodos de ensino clínico e sentir que contribuí positivamente para as ajudar a alcançar os seus objetivos de saúde familiar.

Como fatores facilitadores, tenho a referir o excelente acolhimento por parte de toda a equipa de saúde da USF CampuSaúde, a integração gradual no contexto de estágio, a orientação da EE Luísa Martins e a supervisão da Professora Doutora Teresa Kraus, assim como da Professora Doutora Célia Jordão nos ensinamentos clínicos anteriores.

Como principal fator dificultador, saliento a dificuldade em conciliar o horário do estágio com o horário de trabalho completo enquanto enfermeira numa outra USF com horário de funcionamento idêntico, uma vez que só me foi concedida a equiparação a bolseiro a tempo parcial no último mês de ensino clínico.

Globalmente, considero ter atingido os objetivos deste estágio e desenvolvido as competências propostas pela OE para o EE em ESF. Termino com a noção de que ser EF é um processo de aprendizagem constante, por vezes difícil, mas muito gratificante. Estou, contudo, ciente de que é sempre possível fazer mais e melhor e irei por isso continuar a investir nesse sentido, tendo em vista aperfeiçoar, continuamente, o meu desempenho enquanto EE em ESF para alcançar uma prática de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2009). *Metodologia de Contratualização*. Retrieved from https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_2009.pdf
- Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria & Hospital Distrital de Santarém. (2016). *Consulta de Hipocoagulação*. Retrieved from Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria website: <http://10.16.5.210/acesleziria/>
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Bendixen, B. E., Kirkevold, M., Graue, M. & Haltbakk, J. (2018). Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32 (2), páginas 805-814. doi 10.1111/scs.12511
- Biscaia, A. R. & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), páginas 701-711. doi 10.1590/1413-81232017223.33152016
- Capelo, M. R. T. F., Silva, R. M. B. L., Quintal, A. J. O. M., Brasil, C. C. P., Silva, R. M. & Catrib, A. M. F. (2022). Percepções de cuidadores informais sobre a experiência quotidiana no cuidado ao idoso dependente. *Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 13, páginas 1-10. doi 10.36367/ntqr.13.2022.e684
- Comissão Europeia. (2008). *Explicar o Quadro Europeu de Qualificações Para a Aprendizagem ao Longo da Vida*. Retrieved from <https://europa.eu/europass/system/files/2020-05/EQF-Archives-PT.pdf>
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da escala de quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (2), páginas 7-17. doi 10.12707/RIII1382
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra. Edições Almedina.
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M. & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (2), páginas 127-136. doi 10.12707/RIII1018
- DECRETO-LEI N.º 28/2008 DE 22 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: 1ª série, N.º 38 (2008). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- DECRETO-LEI N.º 73/2017 DE 21 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: 1ª série, N.º 118 (2017). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2022/11/22300/0000200003.pdf>
- DECRETO-LEI N.º 298/2007 DE 22 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: 1ª série, N.º 161 (2007). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2008a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2008b). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Norma N.º 026/2011: Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Norma N.º 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional Para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma N.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma N.º 001/2023: Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>

- Dixe, M. A. C. R. & Querido, A. I. F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (3), páginas 1-8. doi 10.12707/RV20013
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A. ... Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3 (2), páginas 13-19. doi 10.34632/cadernosdesaude.2010.2806
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures. Lusociência.
- França, D., Festa, A. J., Santos, P. M., Araújo, M. F. & Peixoto, M. J. (2022). A co-construção de um modelo de acompanhamento aos familiares cuidadores. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (1), páginas 1-8. doi 10.12707/RV21128
- Freese, B. T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 521-542). Loures. Lusociência.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). Pordata [Site web]. Retrieved from <https://www.pordata.pt/>
- Gomes, A., Júnior, D. P., Paula, M., Chicre, R. & Minette, L. (2023). Ser cuidador informal de familiar idoso: uma análise da psicologia. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 24 (1), páginas 267-278. doi 10.15309/23psd240123
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures. Lusociência.
- Governo da República Portuguesa. (2023, agosto 30). Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024 [Site web]. Retrieved from <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures. Lusociência.
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*. Retrieved from https://jbi.global/sites/default/files/2021-10/Checklist_for_Qualitative_Research.docx
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Retrieved from https://www.museologia-portugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_first_cycle.pdf
- Júnior, A. L. M. & Morais, R. (2018). Estudo de caso como estratégia de investigação qualitativa em educação. *Ensaios Pedagógicos*, 2 (1), páginas 26-33. Retrieved from <https://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/view/59/85>
- Marques, M. J. F., Teixeira, H. J. C. & Souza, D. C. D. B. N. (2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10 (1), páginas 147-159. doi 10.1590/S1981-77462012000100009
- Martins, M. M. F. & Rodrigues, M. L. (2019). Diabetes: adesão do paciente e o papel da família nessa nova realidade. *Revista de Atenção à Saúde*, 17 (59), páginas 95-102. doi 10.13037/ras.vol17n59.5838
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer: Revista de Educação*, 2 (2), páginas 49-65. doi 10.34620/eduser.v2i2.24
- Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Cadoso, F., Bastos, S. & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na região de Lisboa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), páginas 725-736. doi 10.1590/1413-81232017223.33462016
- Moreira, M. D. & Caldas, C. P. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (3), páginas 520-525. doi 10.1590/S1414-81452007000300019
- Moreira, R. C., Scardoelli, M. G. C., Baseggio, R. C., Sales, C. A. & Waidman, M. A. P. (2009). Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com diabetes mellitus. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 13 (1), páginas 49-56. Retrieved from <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v13n1a08.pdf>
- Nascimento, C., Jasmins, C., Fernandes, I., Silva, R. & Nogueira, R. (2022). Estatuto do Cuidador Informal: Aceder, Compreender, Avaliar e Usar - Um Contributo Prático da Literacia em Saúde Dirigido ao Cuidador Informal. In C. Lopes & C. V. Almeida (Eds.). *Literacia em Saúde na Prática 2022* (pp. 49-65). Retrieved from https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9102/1/LiteraciaSaude-2022_pp49-65.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). Padrões de qualidade - questões [Site web]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/padr%C3%B5es-de-qualidade-quest%C3%B5es/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem*

Comunitária. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021, fevereiro 23). Conselho de Enfermagem emite parecer sobre consulta e teleconsulta de enfermagem [Site web]. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/conselho-de-enfermagem-emite-parecer-sobre-consulta-e-teleconsulta-de-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Anuário Estatístico 2022*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/estatistica/acumulado/2022_AnuarioEstatisticos_Nacional.xlsx

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Tomada de Posição N.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária - Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

PORTARIA N.º 207/2017 DE 11 DE JULHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: 1ª série, N.º 132 (2017). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2017/07/13200/0355003708.pdf>

PORTARIA N.º 306-A/2011 DE 20 DE DEZEMBRO DOS MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA SAÚDE. Diário da República: 1ª série, N.º 242 (2011). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2011/12/24201/0000200004.pdf>

PORTARIA N.º 1368/2007 DE 18 DE OUTUBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: 1ª série, N.º 201 (2007). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2007/10/20100/0765507659.pdf>

REGULAMENTO N.º 140/2019 DE 6 DE FEVEREIRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: 2ª série, N.º 26 (2019). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

REGULAMENTO N.º 367/2015 DE 29 DE JUNHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: 2ª série, N.º 124 (2015). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2015/06/118000000/1648116486.pdf>

REGULAMENTO N.º 428/2018 DE 16 DE JULHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: 2ª série, N.º 135 (2018). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

REGULAMENTO N.º 743/2019 DE 25 DE SETEMBRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República: 2ª série, N.º 184 (2019). Acedido a 12 set. 2023. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Remoaldo, P. C. (2003). Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19 (2), páginas 107-119. doi 10.32385/rpmgf.v19i2.9918

Saganha, J., Pedrosa, R. & Braga, M. F. (2012). Entrevista Motivacional. In R. M. Cardoso (Ed.). *Competências Clínicas de Comunicação* (pp. 234-254). Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Santos, F. G. T., Harmuch, C., Paiano, M., Radovanovic, C. A. T., Rêgo, A. S. & Carreira, L. (2022). Competência de idosos cuidadores informais de pessoas em assistência domiciliar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 26, páginas 1-9. doi 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0288

Segurança Social. (2023). *Guia Prático - Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal Não Principal*. Retrieved from <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários [Site web]. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/>

Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1 (1), páginas 45-54. Retrieved from <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20>

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P. & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2 (21), páginas 17-26. Retrieved from https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa_RIE2_1_17-26.pdf

Timsina, M. K., Peltzer, J. N., Pokharel, Y., Peterson, J. M., Schwartz, L. J. & LeMaster, J. W. (2022).

Understanding medication adherence in Bhutanese refugees with diabetes in a Midwestern city. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 33 (3), páginas 324-333. doi 10.1177/10436596221077671

Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde. (s.d.). *Guia do Utente*.

Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde. (2016). *Plano de Ação 2016/2018*.

Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde. (2021). *Procedimento de Consulta Domiciliária da USF CampuSaúde*.

Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde. (2022). *Manual de Acolhimento*.

Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde. (2023a). *Carta de Compromisso e Plano de Ação 2023*. Retrieved from https://bicsp.min-saude.pt/_vti_bin/spms.bicsp.sharepoint/pauf.svc/get/document/2023/3141271

Unidade de Saúde Familiar CampuSaúde. (2023b). *“Ouvir o Nosso Utente” - Relatório de Avaliação de Satisfação dos Utentes*.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2008). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo. Roca.

Yin, R. K. (2003). *Estudo de Caso: Planeamento e Métodos*. Porto Alegre. Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Processo de Enfermagem a uma Família Tendo por Base o Modelo de
Calgary de Avaliação Familiar



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

PROCESSO DE ENFERMAGEM A UMA FAMÍLIA TENDO POR BASE O MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Catarina Serra

Leiria, março 2024



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

PROCESSO DE ENFERMAGEM A UMA FAMÍLIA TENDO POR BASE O MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Catarina Isabel Pires Serra 5220067

Unidade Curricular: Estágio II e Estágio III

Professor Supervisor: Prof.^a Doutora Célia Simões Jordão e
Prof.^a Doutora Teresa Madalena Kraus Brincheiro Hüttel Barros

Leiria, março 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD - Atividade de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes *Mellitus*

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EF - Enfermeiro de Família

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

HTA - Hipertensão Arterial

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE QUADROS..... | V |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | V |
| INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY..... | 7 |
| 1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL..... | 7 |
| 1.1.1. Estrutura Interna..... | 7 |
| 1.1.1.1. Composição da Família..... | 8 |
| 1.1.1.2. Género..... | 8 |
| 1.1.1.3. Orientação Sexual..... | 9 |
| 1.1.1.4. Ordem de Nascimento..... | 9 |
| 1.1.1.5. Subsistemas..... | 9 |
| 1.1.1.6. Limites..... | 9 |
| 1.1.2. Estrutura Externa..... | 10 |
| 1.1.2.1. Família Extensa..... | 10 |
| 1.1.2.2. Sistemas Mais Amplos..... | 12 |
| 1.1.3. Contexto..... | 14 |
| 1.1.3.1. Etnia..... | 14 |
| 1.1.3.2. Raça..... | 14 |
| 1.1.3.3. Classe Social..... | 14 |
| 1.1.3.4. Espiritualidade e/ou Religião..... | 15 |
| 1.1.3.5. Ambiente..... | 15 |
| 1.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO..... | 17 |
| 1.2.1. Etapas..... | 17 |
| 1.2.2. Tarefas..... | 17 |
| 1.2.3. Vínculos..... | 18 |
| 1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL..... | 19 |
| 1.3.1. Funcionamento Instrumental..... | 19 |
| 1.3.2. Funcionamento Expressivo..... | 24 |
| 1.3.2.1. Comunicação Emocional..... | 27 |
| 1.3.2.2. Comunicação Verbal..... | 27 |
| 1.3.2.3. Comunicação Não-Verbal..... | 28 |
| 1.3.2.4. Comunicação Circular..... | 28 |
| 1.3.2.5. Solução de Problemas..... | 28 |
| 1.3.2.6. Papéis..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 1.3.2.7. Influência e Poder..... | 30 |
| 1.3.2.8. Crenças..... | 30 |
| 1.3.2.9. Alianças e Uniões..... | 30 |
| 2. INTERVENÇÃO FAMILIAR..... | 31 |
| 2.1. MODELO DE CALGARY..... | 31 |
| 2.2. MODELO DE SISTEMAS..... | 32 |
| 2.3. PLANOS DE CUIDADOS..... | 33 |
| CONCLUSÃO..... | 43 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 45 |
| ANEXOS | |
| ANEXO I - Escala de Graffar Adaptada | |
| ANEXO II - Critérios Relativos ao Tipo de Habitação | |
| ANEXO III - Escala de Barthel | |
| ANEXO IV - Escala de Potencial de Reconstrução de Autonomia | |
| ANEXO V - Escala de Morse | |
| ANEXO VI - Escala de Braden | |
| ANEXO VII - APGAR Familiar de Smilkstein | |
| ANEXO VIII - Escala FACES II | |
| ANEXO IX - Questionário das Forças Familiares | |
| ANEXO X - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe | |
| ANEXO XI - Escala de Zarit | |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Composição da família..... | 8 |
| Quadro 2 - Composição da família extensa..... | 10 |
| Quadro 3 - Plano de cuidados à família..... | 33 |
| Quadro 4 - Plano de cuidados individual do elemento B..... | 38 |
| Quadro 5 - Plano de cuidados individual do elemento H..... | 42 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Genograma da família..... | 12 |
| Figura 2 - Ecomapa da família..... | 13 |
| Figura 3 - Escala de Graffar adaptada preenchida..... | 15 |
| Figura 4 - Condições da habitação da família..... | 16 |
| Figura 5 - Escala de Barthel aplicada ao elemento B..... | 20 |
| Figura 6 - Escala de Barthel aplicada aos elementos H, I, N e O..... | 20 |
| Figura 7 - Escala de potencial de reconstrução de autonomia aplicada ao elemento B..... | 22 |
| Figura 8 - Escala de Morse aplicada ao elemento B..... | 23 |
| Figura 9 - Escala de Morse aplicada ao elemento H..... | 23 |
| Figura 10 - Escala de Braden aplicada ao elemento B..... | 24 |
| Figura 11 - APGAR Familiar de Smilkstein preenchido..... | 25 |
| Figura 12 - Escala FACES II preenchida..... | 25 |
| Figura 13 - Questionário das forças familiares preenchido..... | 26 |
| Figura 14 - Escala de readaptação social de Holmes e Rahe preenchida..... | 27 |
| Figura 15 - Escala de Zarit preenchida..... | 29 |

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio II, integrado no plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), foi solicitada aos alunos a realização de um trabalho escrito com o processo de enfermagem de uma família tendo por base o modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF) e o modelo de Calgary de intervenção familiar (MCIF).

Tal como o Estágio I, este estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) CampusSaúde, localizada no concelho da Golegã, sob supervisão da Professora Doutora Célia Jordão e orientação da Enfermeira Especialista (EE) Luísa Martins, entre os dias 12 de junho e 14 de julho de 2023, com a duração total de 189 horas, das quais 94,5 horas de presença no contexto clínico.

O Estágio II teve como objetivos gerais:

- Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

Para a concretização do primeiro objetivo geral, foram objetivos específicos:

- Promover a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições;
- Reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.

Para a concretização do segundo objetivo geral, formulou-se como objetivo específico:

- Gerir os recursos necessários à prestação de cuidados à família, promovendo a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família.

Para dar resposta aos objetivos preconizados, este trabalho está estruturado da seguinte forma: introdução; avaliação familiar de acordo com os 3 domínios do MCAF (estrutural, de desenvolvimento e funcional); intervenção familiar segundo um plano de cuidados elaborado com base no MCIF e no modelo de sistemas de Neuman; e conclusão.

1. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY

O MCAF é uma estrutura multidimensional organizada que conceptualiza o relacionamento entre o enfermeiro e a família como fundamental para ajudar a família a efetuar as mudanças que necessita, com base nas forças familiares, de forma colaborativa e não hierárquica (Wright & Leahey, 2008).

Este modelo visa proporcionar aos EE em ESF um fundamento teórico abrangente, claro, conciso e sólido de avaliação familiar. Compreende 3 categorias principais (estrutural, de desenvolvimento e funcional), cada uma das quais com várias dimensões e subcategorias (Wright & Leahey, 2008).

1.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação estrutural consiste em examinar a estrutura da família, ou seja, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre os seus membros e em que contexto está inserida. Abrange 3 dimensões: estrutura interna, estrutura externa e contexto (Wright & Leahey, 2008).

1.1.1. Estrutura Interna

A estrutura interna divide-se em 6 subcategorias: composição da família, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites (Wright & Leahey, 2008).

1.1.1.1. Composição da Família

Família pode ser definida com “um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros” (Wright, Watson & Bell, 1996, as cited in Wright & Leahey, 2008, p. 48).

A família é quem os seus membros dizem que são (Wright & Leahey, 2008). A composição da família agrega a informação sobre os elementos que fazem parte da família, o vínculo entre os mesmos, as suas datas de nascimento e outros dados considerados relevantes (Figueiredo, 2012). A família escolhida para este processo de enfermagem é composta por 5 elementos: B, H, I, N e O.

Quadro 1 - Composição da família

| Nome | Parentesco | Género | Ano de nascimento | Idade | Escolaridade | Profissão | Antecedentes pessoais |
|------|---|-----------|-------------------|-------|------------------------------|-----------------------------|--|
| B | Mãe de H Sogra de I Avó de N Avó de O | Feminino | 1948 | 75 | 6º ano | - | Diabetes <i>mellitus</i> (DM) tipo 2 (2007) Hipertensão arterial (HTA) (2011) Ferida cirúrgica na zona plantar do pé direito (07/06/2022) Desarticulação do primeiro dedo do pé direito (08/06/2022) Eritema pelas fraldas (22/08/2022) Úlcera de pressão no calcânhar direito (13/04/2023) |
| H | Filha de B Companheira de I Mãe de N Mãe de O | Feminino | 1984 | 38 | 9º ano Curso de geriatria | Doméstica Cuidadora de B | Deformação articular da anca esquerda (2019) |
| I | Genro de B Companheiro de H Padrasto de N Pai de O | Masculino | 1986 | 36 | 9º ano | Empregado em fábrica | - |
| N | Neto de B Filho de H Enteado de I Irmão de O | Masculino | 2003 | 19 | 12º ano | Empregado em loja | - |
| O | Neto de B Filho de H Filho de I Irmão de N | Masculino | 2014 | 8 | 2º ano | Estudante | Dificuldade de aprendizagem da fala (2016) |

A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2012). Neste caso, estamos perante uma família alargada (constituída por 3 gerações), resultante de uma família nuclear que teve que acolher e cuidar da mãe de um dos cônjuges. Trata-se também de uma família reconstituída, pois ambos os elementos do casal tiveram relações maritais anteriores e um deles tem 1 filho decorrente desse relacionamento.

1.1.1.2. Género

Os elementos B e H são do género feminino e os elementos I, N e O são do género masculino.

1.1.1.3. Orientação Sexual

Os elementos B, H, I e N apresentam orientação heterossexual. Quanto ao elemento O, de 8 anos, ainda não é possível definir a sua orientação sexual.

1.1.1.4. Ordem de Nascimento

A ordem de nascimento desta família é, do elemento mais velho para o mais novo: B (75 anos), H (38 anos), I (36 anos), N (19 anos) e O (8 anos).

1.1.1.5. Subsistemas

Os subsistemas são as unidades sistémico-relacionais que constituem o sistema familiar. Numa família podemos encontrar os seguintes subsistemas: individual, conjugal, parental, filial e fraternal (Alarcão, 2002).

O subsistema individual é composto pelo indivíduo (Alarcão, 2002). Assim, B, H, I, N e O são cada um deles um subsistema individual.

O subsistema conjugal é composto por marido e esposa. Este subsistema deve constituir uma plataforma de suporte para o casal lidar com o stresse intra e extra-familiar (Alarcão, 2002). Nesta família, H e I constituem o subsistema conjugal.

O subsistema parental é habitualmente constituído pelos mesmos adultos do subsistema conjugal, mas com funções executivas: educar e proteger os filhos, ensinar-lhes o sentido da autoridade, da negociação e da gestão do conflito numa relação vertical e desenvolver o sentido de pertença familiar (Alarcão, 2002). H e I são também o subsistema parental.

Paralelamente ao subsistema parental, existe o subsistema filial, composto pelos filhos (Alarcão, 2002). Deste modo, N e O constituem o subsistema filial.

O subsistema fraternal é constituído pelos irmãos (Alarcão, 2002). N e O são também o subsistema fraternal.

1.1.1.6. Limites

O facto de os subsistemas terem funções diferentes, mas estreitamente relacionadas, dos mesmos indivíduos poderem pertencer simultaneamente a vários subsistemas e da

estrutura familiar variar de forma adaptativa ao longo do ciclo de vida da família faz com que seja necessário que se estabeleçam fronteiras ou limites. Os limites são linhas divisórias entre os diferentes subsistemas e também entre a família e o meio envolvente, definindo quem participa em que subsistema e protegendo a diferenciação do sistema familiar (Alarcão, 2002).

Existem 3 tipos de limites: claros, difusos e rígidos. Os limites claros delimitam de forma clara o espaço e as funções de cada membro da família ou subsistema. Os limites difusos são marcados por uma enorme permeabilidade e pouca diferenciação entre os subsistemas. Os limites rígidos dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas (Minuchin, 1979, as cited in Alarcão, 2002).

Nesta família, os limites são claros, uma vez que cada elemento tem o seu papel bem definido e cada subsistema desempenha as funções que lhe compete, existindo ao mesmo tempo uma relação de entajuda e proximidade afetiva entre todos. Por exemplo, apesar de H ter o papel de prestadora de cuidados de B, esta refere que conta com a colaboração dos outros elementos da família sempre que necessário.

1.1.2. Estrutura Externa

A estrutura externa inclui 2 subcategorias: família extensa e sistemas mais amplos (Wright & Leahey, 2008).

1.1.2.1. Família Extensa

A família extensa inclui os elementos da família de origem e outros parentes (Figueiredo, 2012). No caso da família alvo deste processo de enfermagem, a sua família extensa inclui o marido de B, os 2 filhos mais velhos dessa relação, a nora e 2 netos.

Quadro 2 - Composição da família extensa

| Nome | Parentesco | Género | Ano de nascimento | Idade | Escolaridade | Profissão | Antecedentes pessoais |
|------|---|-----------|-------------------|-------|--------------|-----------------------|---|
| A | Marido de B Pai de H Sogro de I Avô de N Avô de O | Masculino | 1944 | 79 | 4º ano | Reformado (empregado) | Alcoolismo HTA (2013) Adenocarcinoma rectal (2016) Neoplasia hepática (2022) |
| C | Filho de B Irmão de H Cunhado de I Tio de N | Masculino | 1970 | 53 | Mestrado | Engenheiro | - |

Quadro 2 - Composição da família extensa (conclusão)

| Nome | Parentesco | Género | Ano de nascimento | Idade | Escolaridade | Profissão | Antecedentes pessoais |
|------|---|-----------|-------------------|-------|--------------|---------------------------------|--------------------------|
| | Tio de O | | | | | | |
| E | Filho de B Irmão de H Cunhado de I Tio de N Tio de O | Masculino | 1975 | 48 | 9º ano | Eletricista | Alcoolismo HTA (2021) |
| F | Nora de B Cunhada de H Cunhada de I Tia de N Tia de O | Feminino | 1975 | 47 | 12º ano | Empregada doméstica | - |
| L | Neto de B Sobrinho de H Sobrinho de I Primo de N Primo de O | Masculino | 2000 | 23 | 12º ano | Empregado em fábrica | - |
| M | Neto de B Sobrinho de H Sobrinho de I Primo de N Primo de O | Masculino | 2003 | 20 | 6º ano | Trabalhador da construção civil | - |

B encontra-se separada do marido deste 2007, não mantendo atualmente qualquer relação com o mesmo. A filha H tem contacto ocasional com o pai.

O filho mais velho de B é solteiro e não tem filhos. Tem 1 namorada, mas não vivem juntos. Habita no primeiro andar da moradia contígua à casa de B e H, que era onde B morava antes de estar completamente dependente.

O segundo filho de B é casado e tem 2 filhos. Residem no rés-do-chão da antiga casa de B. De acordo com H, tanto o pai como este irmão têm problemas de alcoolismo.

A avaliação da quantidade e do tipo de contacto com a família extensa permite perceber a quantidade e a qualidade do apoio que esta dá (Wright & Leahey, 2008). Segundo B e H, apesar de fisicamente os filhos e a nora de B viverem muito próximos, existe uma relação conflituosa/stressante com estes elementos, que por esse motivo não visitam B. Esta expressa grande tristeza com esse facto. Apesar do conflito, os filhos de B providenciam-lhe ajuda material, nomeadamente fornecem as fraldas e a medicação de que a mãe necessita, e B também lhes dá o mesmo tipo de ajuda, pois é a proprietária das habitações onde moram os filhos.

Para se conhecer mais sobre a estrutura externa e as relações entre os membros da família

extensa foi desenhado o genograma da família. O genograma consiste numa representação visual dos elementos da família e da natureza e padrões dos seus relacionamentos através das gerações (verticalmente) e dentro das gerações (horizontalmente) (Gottlieb, 2016).

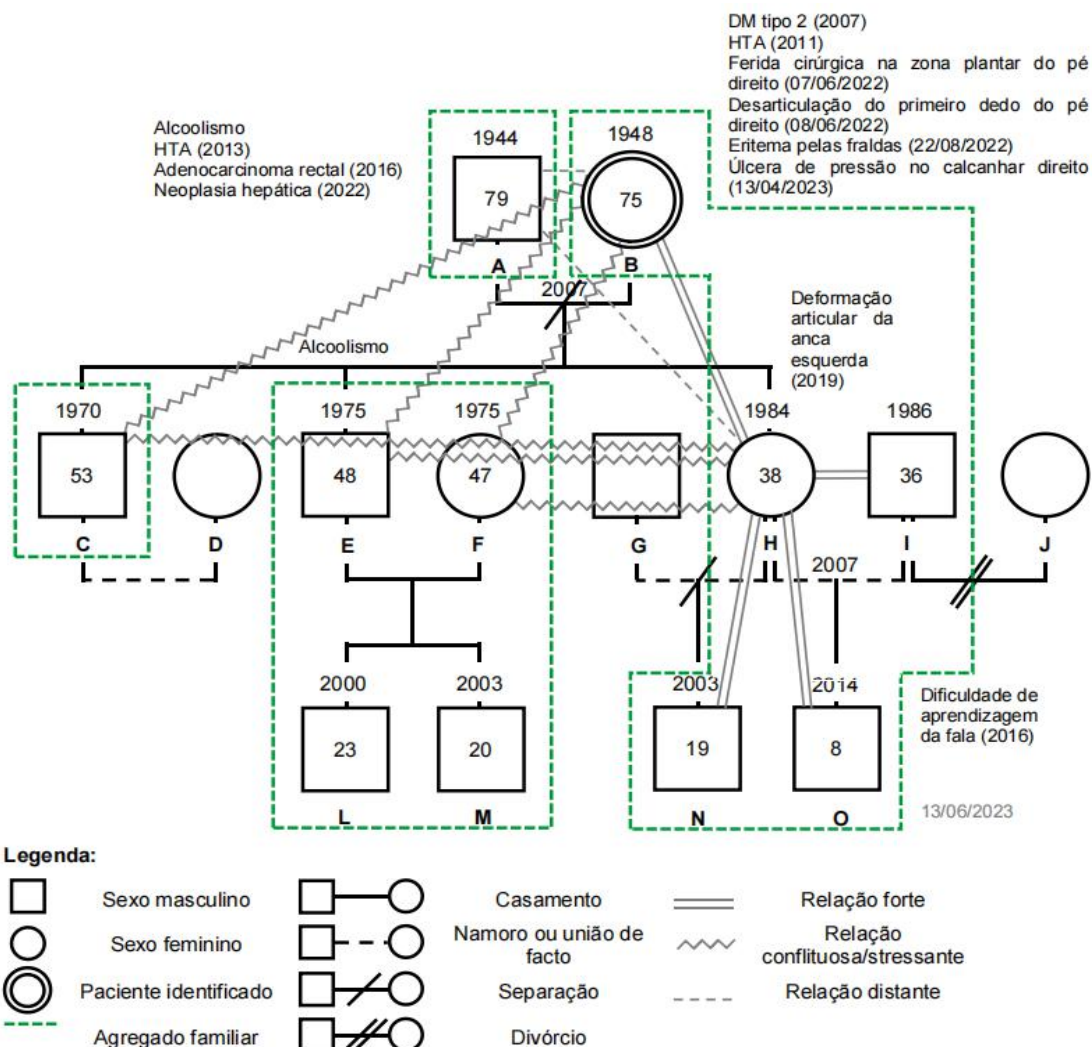


Figura 1 - Genograma da família

1.1.2.2. Sistemas Mais Amplos

Os sistemas mais amplos são as pessoas e as instituições sociais com as quais a família tem contacto significativo (Wright & Leahey, 2008). A caracterização dos vínculos entre a família e outros sistemas permite ampliar a visão do sistema familiar aos contextos com que interage e simultaneamente validar a sua função como recurso (Figueiredo, 2012).

Para além da família extensa, os sistemas com os quais esta família interage são:

- USF CampuSaúde: presta cuidados de saúde à família; as enfermeiras da USF visitam B 2 vezes por semana para tratamento das feridas que esta apresenta;

- Banco Alimentar Contra a Fome: providencia bens alimentares à família;
- Amiga P: amiga íntima de H;
- Trabalho de I e N;
- Escola de O;
- Igreja: B assiste à missa todos os domingos na televisão; O frequenta a catequese;
- Terapeuta da fala: O é acompanhado em terapia da fala devido à dificuldade de aprendizagem da fala que manifesta desde os 2 anos.

Para um maior entendimento dos sistemas mais amplos que servem de suporte a esta família foi elaborado um ecomapa. O ecomapa é a representação gráfica da rede social familiar (Gottlieb, 2016).

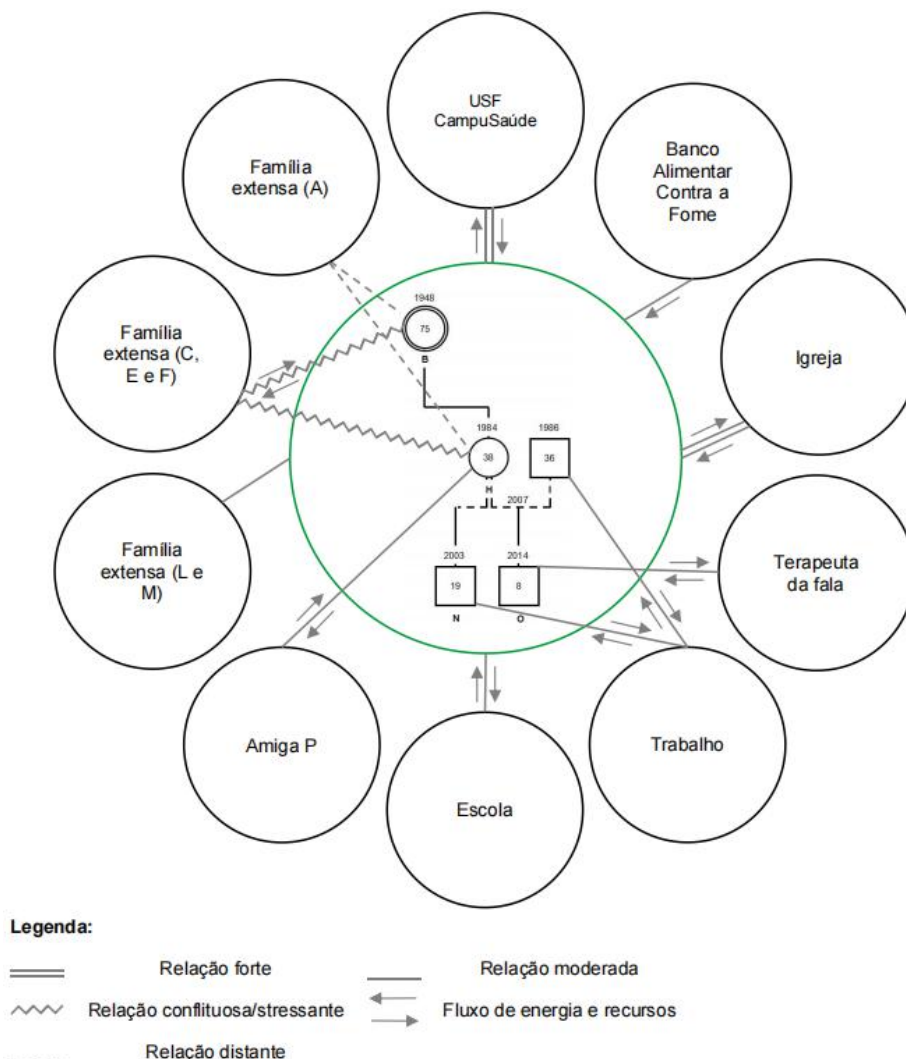


Figura 2 - Ecomapa da família

1.1.3. Contexto

O contexto integra 5 subcategorias: etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente (Wright & Leahey, 2008).

1.1.3.1. Etnia

Os elementos desta família são portugueses.

1.1.3.2. Raça

Os elementos desta família são de raça caucasiana.

1.1.3.3. Classe Social

A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as suas crenças e valores e como utilizam os serviços de saúde e serviços sociais. A sua avaliação possibilita uma melhor compreensão dos fatores de stresse e recursos familiares associados aos aspetos económicos, de grupo profissional, de instrução e do contexto residencial (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2008).

O rendimento desta família provém da atividade laboral de I. N também contribui monetariamente quando necessário, mas por vontade própria, pois tal não lhe é exigido pela família. B não recebe reforma, pois nunca realizou descontos enquanto trabalhou, e não tem direito a qualquer prestação social por ser proprietária de vários imóveis. H não trabalha desde 2019, quando o seu problema de deformação articular da anca esquerda se agravou e teve que abandonar a sua profissão de ajudante de lar, e também não recebe nenhum apoio monetário. Apesar de ser cuidadora informal de B, não lhe é reconhecido legalmente esse estatuto, uma vez que a família não preenche os requisitos previstos no respetivo decreto (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022).

Os elementos desta família que exercem atividade profissional são trabalhadores indiferenciados (I trabalha numa fábrica e N numa loja).

A nível de instrução, os elementos da família completaram pelo menos a escolaridade obrigatória segundo a sua idade (B tem o 6º ano, H e I têm o 9º ano, N tem o 12º ano e O ainda está a estudar).

A família reside numa casa modesta, composta por 1 casa de banho, 1 cozinha, 1 quarto e 1

sala, com eletrodomésticos de menor nível, situada numa zona intermédia.

Para uma caracterização mais ampla e objetiva da classe social da família aplicou-se a escala de Graffar adaptada (Anexo I). De acordo com esta escala, a família obtém uma pontuação de 18 valores, o que corresponde a uma família de classe IV, isto é, de classe média-baixa.

| Graus | Profissão | Instrução | Origem do rendimento familiar | Tipo de habitação | Local de residência | Pontuação | | | Posição social |
|-------|--|---|--|--|---|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| | | | | | | Com 5 itens | Com 4 itens | Com 3 itens | |
| 1 | - Grandes 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 ou propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível | - Casa ou andar luxuoso, espaçoso, com máximo de conforto | - Zona residencial elegante | 5 ↑ ↓ 9 | 4 ↑ ↓ 7 | 3 | I CLASSE ALTA |
| 2 | - Médios industriais e comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores/prorietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das forças armadas - Profissões liberais - Professores do ensino básico - Professores do ensino secundário - Professores universitários (sem doutoramento) | - Bacharelato ou curso superior com duração ≤ 3 anos | - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) | - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável | - Bom local | 10 ↑ ↓ 13 | 8 ↑ ↓ 10 | 4 ↑ ↓ 6 | II CLASSE MÉDIA ALTA |
| 3 | - Pequenos industriais e comerciantes - Quadros médios: chefes de secção - Empregado de escritório (grau superior) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados | - 12º ano - 9 ou mais anos de escolaridade | - Vencimentos certos | - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais | - Zona intermédia | 14 ↑ ↓ 17 | 11 ↑ ↓ 13 | 7 ↑ ↓ 9 | III CLASSE MÉDIA |
| 4 | - Pequenos agricultores/redeiros - Empregado de escritório (grau inferior) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados de nível inferior | - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos | - Remunerações ≤ salário mínimo nacional - Pensionistas ou reformados - Vencimentos incertos | - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível | - Bairro social/operário - Zona antiga | 18 ↑ ↓ 21 | 14 ↑ ↓ 16 | 10 ↑ ↓ 12 | IV CLASSE MÉDIA BAIXA |
| 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 |

Figura 3 - Escala de Graffar adaptada preenchida

1.1.3.4. Espiritualidade e/ou Religião

As crenças espirituais e religiosas dos membros da família, bem como as suas práticas e rituais, podem exercer uma influência positiva ou negativa sobre a sua capacidade de enfrentar uma preocupação de saúde (Wright & Leahey, 2008). Os elementos desta família professam a religião católica. B e H consideram que a sua fé é uma fonte de apoio e força muito importante para a família. B deixou de se poder deslocar à igreja devido à sua condição de dependente, contudo assiste à celebração da missa dominical na televisão e faz as suas orações. O frequenta a catequese, tal como o fizeram os outros elementos da família no passado.

1.1.3.5. Ambiente

Os fatores ambientais abrangem aspetos do lar, da vizinhança e da comunidade mais ampla

que influenciam o funcionamento da família (Wright & Leahey, 2008).

Quanto às condições da habitação, a família vive numa moradia própria, de topologia T1, com condições exíguas, em mau estado de conservação e com pouco conforto. Para além dos espaços serem pequenos, a casa possui apenas 1 quarto, onde dorme N. Os outros elementos dormem na sala, que está dividida ao meio através de 1 cortina, com a cama de B de um lado da cortina e 1 beliche do outro lado da cortina, em que H e I ocupam a cama de baixo e O a cama de cima.

A habitação está equipada com os eletrodomésticos essenciais e com pouco mobiliário. A higiene é razoável, mas existe alguma desarrumação. A casa tem água da rede pública, saneamento básico e eletricidade. A ventilação é escassa e existe pouca luz natural. Quando está mais frio, a família utiliza aquecimento local ou sacos de água quente. A habitação é de rés-do-chão e a única barreira arquitetónica é 1 degrau na entrada da casa. Não existem animais de estimação.

Segundo os critérios relativos ao tipo de habitação definidos por Figueiredo (2012) (Anexo II), estamos perante uma habitação de grau 4, tal como tinha sido avaliado na escala de Graffar adaptada.

| Habitação | Graffar | C.Duvall | Tipo de Família | Risco Familiar Garcia-Gonzalez | Risco Familiar Segovia Dreyer |
|--|---------|----------|-----------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Data de registo | | | | | |
| Tipo de alojamento | | | | | |
| Alojamento móvel | | | | | |
| Apartamento | | | | | |
| Barraca/casebre | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Hotel/pensão | | | | | |
| Instituição | | | | | |
| Moradia | | | | | |
| Outro | | | | | |
| Quarto/parte de casa | | | | | |
| Sem alojamento | | | | | |
| Salubridade da zona residencial | | | | | |
| Desconhecida | | | | | |
| Insalubre | | | | | |
| Salubre | | | | | |
| Regime de ocupação | | | | | |
| Arrendada | | | | | |
| Cedida | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Outro | | | | | |
| Própria | | | | | |
| Tipologia | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Não aplicável | | | | | |
| T0 | | | | | |
| T1 | | | | | |
| T2 | | | | | |
| T3 ou mais | | | | | |
| Estado geral de conservação | | | | | |
| Bom | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Mau | | | | | |
| Razoável | | | | | |
| Casa de banho | | | | | |
| Desconhecida | | | | | |
| Fora do alojamento | | | | | |
| Inexistente | | | | | |
| No alojamento | | | | | |
| Higiene | | | | | |
| Boa | | | | | |
| Desconhecida | | | | | |
| Má | | | | | |
| Razoável | | | | | |
| Aquecimento | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Central | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Local | | | | | |
| Local | | | | | |
| Nenhum | | | | | |
| Mobiliário e equipamento básico | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Insuficiente | | | | | |
| Suficiente | | | | | |
| Suficiente | | | | | |
| Água | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Não | | | | | |
| Sim | | | | | |
| Sim | | | | | |
| Distribuição | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Fontenário a + de 100m de casa | | | | | |
| Fontenário a - de 100m de casa | | | | | |
| Fora do alojamento | | | | | |
| No alojamento | | | | | |
| No alojamento | | | | | |
| Origem | | | | | |
| Desconhecida | | | | | |
| Particular | | | | | |
| Rede pública | | | | | |
| Rede pública | | | | | |
| Barreiras arquitetónicas | | | | | |
| Desconhecido | | | | | |
| Não | | | | | |
| Sim | | | | | |
| Sim | | | | | |
| No interior | | | | | |
| No interior | | | | | |
| No exterior | | | | | |
| No exterior | | | | | |
| Degrau na entrada da habitação | | | | | |

Figura 4 - Condições da habitação da família
Fonte: SClínico

Relativamente à vizinhança, não existe uma relação significativa, positiva ou negativa, da família com os vizinhos, exceto com os filhos, nora e netos de B, que como descrito anteriormente vivem na casa ao lado. A rua onde a família habita localiza-se numa zona calma, de casas mais antigas, no centro da vila.

A família tem acesso fácil a serviços essenciais da comunidade, como a escola e a USF CampusSaúde, que se situam perto da habitação familiar. Para deslocações maiores, possuem automóvel próprio. I e N são os elementos que têm carta de condução.

1.2. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento familiar é um conceito abrangente, que se refere a todos os processos de evolução transacional associados ao crescimento da família (Falicov, 1988, as cited in Wright & Leahey, 2008). A avaliação de desenvolvimento inclui 3 dimensões: etapas, tarefas e vínculos (Wright & Leahey, 2008).

1.2.1. Etapas

O processo de desenvolvimento familiar pode sofrer alterações em configurações familiares distintas da família nuclear tradicional, como é o caso da família reconstituída (Alarcão, 2002). A formação da família de um novo casamento passa por 3 etapas: começar um novo relacionamento; conceptualizar e planear os novos casamento e família; e novo casamento e reconstrução da família (Carter & McGoldrick, 1999, as cited in Wright & Leahey, 2008). Esta família apresenta-se na terceira etapa, em que ocorreu a resolução final da ligação ao cônjuge anterior e ao ideal de família “intacta” e foi aceite um novo modelo de família com limites permeáveis.

Ultrapassado o período de tensão, o processo de desenvolvimento da família reconstituída é semelhante ao proposto no ciclo vital da família. Este consiste numa sequência previsível de transformações na organização familiar, em função de tarefas bem definidas que caracterizam as etapas desse mesmo ciclo: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos (Relvas, 1996, as cited in Alarcão, 2002).

Esta família encontra-se na quinta e última etapa do ciclo vital, “família com filhos adultos”. Esta etapa é marcada por múltiplas entradas e saídas no sistema familiar e por transformações relacionais importantes que interligam as várias gerações (Relvas, 1996, as cited in Alarcão, 2002).

1.2.2. Tarefas

Na etapa “família com filhos adultos”, o casal tem que realizar 3 tarefas fundamentais:

- Facilitar a saída dos filhos de casa, permitindo-lhes uma construção autónomas das suas próprias vidas;
- Aprender a lidar com o envelhecimento, primeiro com o das gerações mais idosas e depois com o seu próprio;

- Renegociar a relação do casal num contexto de reavaliação do casamento, de balanço individual e profissional (Alarcão, 2002).

A família deve começar a facilitar a saída dos filhos de casa ainda antes da sua efetivação, até porque essa saída está hoje adiada, geralmente por questões económicas. Facilitar a saída dos filhos de casa passa por promover a sua individualidade e autonomia num contexto de respeito mútuo (Alarcão, 2002). Nesta família, o filho N continua a habitar com os outros elementos apesar de já ter o seu emprego. De acordo com H, N é tratado como um adulto e a família incentiva-o a ser independente, como por exemplo a gerir o seu dinheiro e a fazer atividades sem a família. O padrasto I deu o seu antigo carro ao enteado, que este está a restaurar, para que N possa ser mais autónomo nas suas deslocações.

Enquanto se prepara para a saída dos filhos, a família pode ter que acolher elementos das suas famílias de origem, temporária ou definitivamente, devido à perda de capacidades destes e/ou ao aparecimento de situações de doença (Alarcão, 2002). Tal foi o que sucedeu nesta família, que passou a incluir B devido ao agravamento da sua situação de dependência.

Quanto à tarefa de reavaliação e renegociação da relação do casal preconizada para esta etapa, verifica-se que esta não ocorreu até agora, provavelmente porque estamos perante um casal jovem que ainda está muito centrado no trabalho e em cuidar dos outros elementos da família.

A fronteira entre as várias etapas do ciclo vital da família não é rígida, o que significa que as tarefas desenvolvimentais de cada uma não cessam no exato momento em que se inicia a seguinte. Quando a discrepância etária na fratria é muito grande, como muitas vezes acontece nas famílias reconstituídas, a família vê-se obrigada a realizar simultaneamente tarefas desenvolvimentais de etapas diferentes. Assim, esta família tem também que lidar com as tarefas da etapa “família com filhos na escola”: separação (maior diferenciação intra-sistémica) e autonomização da criança (mais acentuada abertura ao exterior) (Alarcão, 2002). De acordo com H, a adaptação de O ao meio escolar tem corrido bem e os pais partilham o exercício do papel parental e das suas funções.

1.2.3. Vínculos

Os vínculos afetivos referem-se a um laço emocional exclusivo e resistente entre 2 pessoas específicas (Wright & Leahey, 2008). Nesta família, existe uma relação harmoniosa entre todos os seus elementos, não se observando a existência de conflitos intra-familiares. H

pode ser considerada um elemento central na família, pois possui uma relação forte e de grande proximidade com todos os outros elementos.

Relativamente ao casal, a relação conjugal é satisfatória no que diz respeito à comunicação, à expressão de sentimentos e à partilha de tarefas, mas insatisfatória relativamente à interação sexual. H diz que de há 2 anos para cá começou a sentir uma diminuição do desejo sexual, o que levou a uma menor frequência de relações sexuais entre o casal. Inicialmente este acontecimento causou algumas discussões entre H e I. Neste momento, este aceita a situação, mas continua a estar insatisfeito com a mesma. Como método contraceptivo, o casal utiliza o dispositivo intra-uterino. H demonstra conhecimento e satisfação com este método.

1.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional da família diz respeito aos detalhes sobre como os elementos da família realmente se comportam uns com os outros. Integra 2 dimensões: funcionamento instrumental e funcionamento expressivo (Wright & Leahey, 2008).

1.3.1. Funcionamento Instrumental

O funcionamento instrumental da família refere-se às atividades de vida diária (AVD) rotineiras. Esta é uma área de particular importância para as famílias com problemas de saúde, pois as AVD assumem maior significado em razão da dependência ou doença de um elemento da família (Wright & Leahey, 2008).

Para avaliar de que forma os elementos desta família realizam as suas AVD, utilizou-se a escala de Barthel (Anexo III). Trata-se de um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 AVD (alimentação, transferências, toalete, utilização do sanitário, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário) e que nos dá informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada AVD, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Apóstolo, 2012).

Verificou-se assim que todos os elementos da família são totalmente independentes no desempenho das suas AVD, exceto B que, com uma pontuação de 10 valores, apresenta uma dependência grave, pois necessita de ajuda na realização de todas as AVD: ajuda parcial na alimentação e ajuda total em todas as outras AVD. H, apesar de ter uma

deformação articular da anca esquerda que a faz coxear, consegue realizar todas as suas AVD sem dificuldade e ainda desempenhar o papel de prestadora de cuidados de B.

MONITORIZAR A DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA ESCALA DE BARTHEL

Novo Registo | Histórico

Data: Hora:

| Item | Pontuação |
|------------------------|---|
| Alimentação | Precisa de alguma ajuda (por exemplo, para cortar alimentos) |
| Transferências | Dependente, não tem equilíbrio sentado |
| Toailete | Dependente, necessita de alguma ajuda |
| Utilização do WC | Dependente |
| Banho | Dependente, necessita de alguma ajuda |
| Mobilidade | Imóvel |
| Subir e Descer Escadas | Dependente |
| Vestir | Com ajuda |
| Controlo Intestinal | Incontinente ou precisa de uso de clisteres |
| Controlo Urinário | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho |

Resultado: Dependência Grave Total: 10

Figura 5 - Escala de Barthel aplicada ao elemento B
Fonte: SClínico

MONITORIZAR A DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA ESCALA DE BARTHEL

Novo Registo | Histórico

Data: Hora:

| Item | Pontuação |
|------------------------|---|
| Alimentação | Independente |
| Transferências | Independente |
| Toailete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes |
| Utilização do WC | Independente |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) |
| Subir e Descer Escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas |
| Vestir | Independente |
| Controlo Intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar |
| Controlo Urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho |

Resultado: Totalmente Independente Total: 100

Figura 6 - Escala de Barthel aplicada aos elementos H, I, N e O
Fonte: SClínico

Em relação à AVD alimentação, B come por mão própria e apenas precisa que lhe coloquem o prato à frente e que lhe cortem os alimentos. As refeições são confeccionadas por H ou I e ajustadas ao facto de B ter DM tipo 2 e HTA.

No que concerne à AVD mobilidade, B está acamada desde que em junho de 2022 foi submetida à drenagem de 1 abscesso na zona plantar do pé direito e à desarticulação do primeiro dedo do mesmo pé, tendo necessitado de um período de hospitalização prolongada.

Antes desse internamento, era parcialmente dependente e vivia sozinha, contando já com algum apoio da filha H. Após alta hospitalar, foi referenciada pela equipa de família para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da área de residência, para reabilitação, mas não houve qualquer evolução positiva. B apresenta também anquilose dos membros inferiores, com grande limitação na abdução dos mesmos.

No que diz respeito à AVD transferências, B não tem equilíbrio sentada. Necessita de ajuda total para se posicionar.

No que se refere às AVD toalete, banho e vestir, é H quem lava a cara e os dentes a B, que a penteia, que lhe dá banho no leito e que a veste. Os elementos da família evidenciam uma aparência limpa e cuidada.

Quanto à AVD controlo intestinal, B é incontinente e evacua na fralda.

Relativamente à AVD controlo urinário, B está algaliada desde novembro de 2022, por apresentar eritema pelas fraldas. A troca do saco de urina é realizada por H.

Em relação às AVD utilização do sanitário e subir e descer escadas, é impossível a B realizar qualquer uma delas.

Para além das AVD acima descritas, é também essencial identificar o compromisso de outros tipos de auto-cuidado nos elementos da família, como sejam o comportamento sono-reposo, atividade de lazer, atividade física, gestão do regime terapêutico, auto-vigilância e auto-administração de medicamentos (Figueiredo, 2012).

No que concerne ao comportamento sono-reposo, nenhum elemento da família refere qualquer dificuldade nesse âmbito.

No que diz respeito a atividades de lazer, todos os elementos da família gostam de ver televisão. B diz que também gostava muito de ler livros e revistas, mas neste momento não o consegue fazer porque manifesta diminuição da acuidade visual, mas não tem óculos nem possibilidade monetária para os comprar.

No que se refere a atividades físicas, nenhum elemento da família tem atualmente hábitos de exercício.

Quanto à gestão do regime terapêutico, auto-vigilância e auto-administração de medicamentos, H é a responsável pelo cumprimento do regime medicamentoso de B, que toma diariamente medicamentos anti-diabéticos orais e anti-hipertensores. Segundo H, a DM tipo 2 de B encontra-se neste momento controlada, o que não acontecia quando esta vivia sozinha, pelo que realiza a vigilância da glicemia capilar apenas ocasionalmente.

Para se perceber a possibilidade de B diminuir a sua dependência, foi aplicada a escala de

potencial de reconstrução de autonomia (Petronilho et al., 2017) (Anexo IV). Com uma consciencialização das mudanças no seu estado de saúde moderada, uma força de vontade expressa na aprendizagem reduzida, uma crença que é capaz de recuperar reduzida, um desejo expresso em se tornar mais independente reduzido, uma capacidade cognitiva moderada, um grau de motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem reduzido e uma capacidade física reduzida, B apresenta um resultado de 16 valores, o que indica um potencial para a reconstrução da autonomia moderado.

The screenshot shows a software interface for the 'potencial_autonomia' scale. It includes a 'Registar Escala' button, a 'Histórico' tab, and fields for 'Data:' and 'Hora:'. The main area is divided into 'GRUPOS' (with 'Potencial' selected), 'ITEMS DO GRUPO' (listing items with red asterisks), and 'PARAMETROS DA ESCALA' (a table of items and values). At the bottom, there is a 'GRUPOS DE SCORE' table showing a score of 16 for the 'Potencial' group.

| Item | Valor |
|---|----------|
| Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde | Moderada |
| Força de vontade expressa na aprendizagem | Reduzida |
| Crença demonstrada que é capaz de recuperar | Reduzida |
| Desejo expresso em se tornar mais independente | Reduzido |
| Capacidade cognitiva | Moderada |
| Motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem | Reduzida |
| Capacidade física | Reduzida |

| Grupo | Score |
|----------------|-------|
| Potencial | 16 |
| Score total 16 | |

Figura 7 - Escala de potencial de reconstrução de autonomia aplicada ao elemento B
Fonte: SClínico

O nível de dependência de B e a deformação articular da anca esquerda de H justificam a necessidade de se avaliar o risco de queda destes elementos através da escala de Morse (Anexo V). Trata-se de uma escala que integra 6 itens: historial de quedas, existência de diagnóstico secundário, ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e na transferência e estado mental (Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; Direção-Geral da Saúde (DGS), 2019).

B alcança uma pontuação de apenas 15 valores, o que significa que não tem risco de queda. H atinge os 25 pontos, o que corresponde a um baixo risco de queda. Ambos os elementos requerem, portanto, intervenções padrão de prevenção de quedas (DGS, 2019).

queda_Risco Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Escala de Morse

ITEMS DO GRUPO

- * [HISTORIAL DE QUEDAS; NESTE INTERNAMENTO URGÊNCIA/ OU NOS ÚLTIMOS TRÊS MES
- * [DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)]
- * [AJUDA PARA CAMINHAR]
- * [TERAPIA INTRAVENOSA]
- * [POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA]
- * [ESTADO MENTAL]

PARAMETROS DA ESCALA

| Item | Valor |
|---|--|
| Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses | Não |
| Diagnóstico(s) secundário(s) | Sim |
| Ajuda para caminhar | Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas |
| Terapia intravenosa | Não |
| Postura no andar e na transferência | Normal/acamado/móvel |
| Estado mental | Consciente das suas capacidades |

GRUPOS DE SCORE

| Grupo | Score |
|-----------------|-------|
| Escala de Morse | 15 |

Score total 15

Figura 8 - Escala de Morse aplicada ao elemento B
Fonte: SClínico

queda_Risco Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Escala de Morse

ITEMS DO GRUPO

- * [HISTORIAL DE QUEDAS; NESTE INTERNAMENTO URGÊNCIA/ OU NOS ÚLTIMOS TRÊS MES
- * [DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)]
- * [AJUDA PARA CAMINHAR]
- * [TERAPIA INTRAVENOSA]
- * [POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA]
- * [ESTADO MENTAL]

PARAMETROS DA ESCALA

| Item | Valor |
|---|--|
| Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses | Não |
| Diagnóstico(s) secundário(s) | Sim |
| Ajuda para caminhar | Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas |
| Terapia intravenosa | Não |
| Postura no andar e na transferência | Debilidado |
| Estado mental | Consciente das suas capacidades |

GRUPOS DE SCORE

| Grupo | Score |
|-----------------|-------|
| Escala de Morse | 25 |

Score total 25

Figura 9 - Escala de Morse aplicada ao elemento H
Fonte: SClínico

O facto de B se encontrar acamada levou ao aparecimento de 1 úlcera de pressão no seu calcanhar direito, pelo que se torna importante avaliar o risco de desenvolvimento de (novas) úlceras de pressão utilizando a escala de Braden (Anexo VI). Esta escala é constituída por 6 dimensões que contribuem para o desenvolvimento de úlceras de pressão (percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento) e deve ser aplicada mensalmente aos utentes que necessitam de cuidados no domicílio (Apóstolo, 2012).

Com uma pontuação de 13 valores, B tem alto risco de desenvolver outras úlceras de pressão.

úlcera de pressão_Risco Data: Hora:

Registrar Escala Histórico

| GRUPOS | | PARAMETROS DA ESCALA | |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------|
| Escala de Braden | | Item | Valor |
| ITEMS DO GRUPO | | Percepção sensorial | Nenhuma limitação |
| * [PERCEÇÃO SENSORIAL] | | Humidade | Pele constantemente húmida |
| * [HUMIDADE] | | Atividade | Acamado |
| * [ATIVIDADE] | | Mobilidade | Muito limitada |
| * [MOBILIDADE] | | Nutrição | Excelente |
| * [NUTRIÇÃO] | | Fricção e forças de deslizamento | Problema |
| * [FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO] | | | |
| | | | |
| GRUPOS DE SCORE | | Grupo | Score |
| | | Escala de Braden | 13 |
| | | | |
| | | | |
| | | Score total | 13 |

Figura 10 - Escala de Braden aplicada ao elemento B
Fonte: SClínico

1.3.2. Funcionamento Expressivo

A avaliação do funcionamento expressivo da família permite distinguir as famílias saudáveis em termos emocionais das que experimentam uma dificuldade emocional superior ao habitual. Divide-se em 9 subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças e uniões (Wright & Leahey, 2008).

Para uma melhor avaliação do funcionamento expressivo desta família foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação familiar: APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo VII), escala FACES II (Anexo VIII), questionário das forças familiares (Anexo IX) e escala de readaptação social de Holmes e Rahe (Anexo X). O elemento inquirido para o preenchimento das mesmas foi H.

O instrumento APGAR Familiar de Smilkstein permite conhecer a perceção dos elementos da família sobre a funcionalidade da mesma (Figueiredo, 2012). Com uma pontuação de 9 valores, constata-se que a família é considerada como altamente funcional.

| APGAR | | Quase sempre 2 | Algumas vezes 1 | Quase nunca 0 |
|-------|---|-------------------|--------------------|------------------|
| 1 | Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | | X | |
| 2 | Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema. | X | | |
| 3 | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida. | X | | |
| 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 | | |
| 5 | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | X | | |
| Total | | 9 | | |

Avaliação:
 7 a 10: família altamente funcional
 4 a 6: família com moderada disfunção
 0 a 3: família com disfunção acentuada

Figura 11 - APGAR Familiar de Smilkstein preenchido

A escala FACES II auxilia a compreensão de 2 aspetos fundamentais do funcionamento familiar que são a coesão e a adaptabilidade de família (Figueiredo, 2012). Esta família obtém uma pontuação de 75 valores nos itens de avaliação da coesão familiar, o que corresponde a uma família muito ligada, uma pontuação de 64 valores nos itens de avaliação da adaptabilidade familiar, o que significa que estamos perante uma família muito flexível, e uma pontuação final de 7,5 valores, que nos permite concluir que se trata de uma família equilibrada.

| | Quase nunca 1 | De vez em quando 2 | Às vezes 3 | Muitas vezes 4 | Quase sempre 5 |
|----|------------------|-----------------------|---------------|-------------------|-------------------|
| 1 | | | | | X |
| 2 | | | | | X |
| 3 | X | | | | |
| 4 | | | | | X |
| 5 | | | | | X |
| 6 | | | | | X |
| 7 | | | | | X |
| 8 | | | | | X |
| 9 | X | | | | |
| 10 | | | | | X |
| 11 | | | | | X |
| 12 | X | | | | |
| 13 | | | | | X |
| 14 | | | | X | |
| 15 | | | | X | |
| 16 | | | | | X |
| 17 | | | | | X |
| 18 | | | | | X |
| 19 | X | | | | |
| 20 | | | | | X |
| 21 | | | X | | |
| 22 | | | | X | |
| 23 | | | | | X |
| 24 | X | | | | |
| 25 | X | | | | |
| 26 | | | | | X |
| 27 | | | | | X |
| 28 | X | | | | |
| 29 | X | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|---|
| 30 | Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros. | | | | | X |
|----|--|--|--|--|--|---|

Avaliação:
 A coesão e a adaptabilidade familiar são calculadas pela soma dos itens correspondentes.

| | | Coesão familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|------------|-----|-----|-------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|----------|-----|-----|----------------------|-----|-----|-----|-----|---|
| | | Laços emocionais | | | Limites familiares | | | Coligações | | | Tempo | | | Espaço | | | Amigos | | | Decisões | | | Interesses e lazeres | | | | | |
| Itens | | (+) | (+) | (-) | (-) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | |
| Total | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

| | | Adaptabilidade familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|-------------------------|-----|-----|-----------|-----|-----|------------|-----|-----|------------|-----|-----|---------|-----|-----|--------|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| | | Imposição | | | Liderança | | | Disciplina | | | Negociação | | | Funções | | | Normas | | | Decisões | | | | | | | | |
| Itens | | (+) | (+) | (-) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | (+) | (+) | (-) | (-) | |
| Total | | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

A classificação do tipo de família é obtida através da fórmula: (coesão + adaptabilidade) / 2 = tipo de família:

$$(8 + 7) / 2 = 7,5$$

| Coesão | | Adaptabilidade | | Tipo de família | |
|--------|--------------|----------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| 8 | Muito ligada | 8 | Muito flexível | 7,5 | Equilibrada |
| 7 | Ligada | 7 | Flexível | 7 | Moderadamente equilibrada |
| 6 | Ligada | 6 | Estruturada | 6 | Moderadamente equilibrada |
| 5 | Separada | 5 | Estruturada | 5 | Moderadamente equilibrada |
| 4 | Separada | 4 | Rígida | 4 | Intermédia |
| 3 | Separada | 3 | Rígida | 3 | Intermédia |
| 2 | Desmembrada | 2 | Rígida | 2 | Intermédia |
| 1 | Desmembrada | 1 | Rígida | 1 | Extrema |

Fonte: Fernandes, 1995, as cited in Figueiredo, 2012

Figura 12 - Escala FACES II preenchida

O questionário das forças familiares é um instrumento construído com base na identificação

de forças e processos de resiliência familiar e que nos dá a conhecer a perceção que a família tem das suas forças familiares (Melo & Alarcão, 2011). De acordo com este questionário, verifica-se que a família obtém pontuação máxima nas crenças familiares positivas (35 valores) e nas emoções positivas (25 valores) e pontuação elevada na organização familiar positiva (47 valores) e na gestão positiva e suporte familiar (30 valores), o que dá um total de 137 valores num máximo de 145.

| | Nada parecidas | Pouco parecidas | Mais ou menos parecidas | Bastante parecidas | Totalmente parecidas |
|---|----------------|-----------------|-------------------------|--------------------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 Na minha família somos otimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas. | | | | | X |
| 2 Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas. | | | | | X |
| 3 Na minha família somos muito unidos. | | | | | X |
| 4 Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião. | | | | X | |
| 5 Na minha família tomamos decisões em conjunto. | | | | | X |
| 6 Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar. | | | | | X |
| 7 Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projetos individuais e ao que é importante para si. | | | | | X |
| 8 Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo. | | | | | X |
| 9 Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas. | | | | | X |
| 10 Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros. | | | | | X |
| 11 Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer. | | | | | X |
| 12 Na minha família existem regras claras que todos a gente conhece e sabe que tem que cumprir. | | | | | X |
| 13 Na minha família fazemos coisas e atividades em conjunto. | | | X | | |
| 14 Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para ri. | | | | | X |
| 15 Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros. | | | | | X |
| 16 Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto. | | | | | X |
| 17 Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos. | | | X | | |
| 18 Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de | | | | X | |

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

Avaliação:
A coleção é obtida pela soma das pontuações dos itens.

| Fatores | Itens | Total |
|------------------------------------|--------------------------------|------------|
| Organização familiar positiva | 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13 | 47 |
| Crenças familiares positivas | 12, 16, 21, 24, 25, 28, 29 | 35 |
| Gestão positiva e suporte familiar | 17, 18, 19, 20, 22, 23, 27 | 30 |
| Emoções positivas | 1, 11, 14, 15, 26 | 25 |
| Total | | 137 |

Fonte: Melo & Alarcão, 2011

Figura 13 - Questionário das forças familiares preenchido

A escala de readaptação social de Holmes e Rahe possibilita identificar eventos familiares geradores de stresse que tenham ocorrido na família ao longo do espaço de 1 ano, bem como relacionar os níveis de stresse decorrentes dessas transições familiares com a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários elementos da família (Figueiredo, 2012). No último ano, esta família identifica como acontecimentos relevantes a existência de problemas sexuais entre o casal, como mencionado previamente, e a mudança de responsabilidade no trabalho do elemento I, o que dá uma pontuação total de 68 valores, significativa de uma menor probabilidade de incidência de doenças na família.

| Acontecimento | Valor médio |
|--|-------------|
| 1 Morte de cônjuge | 100 |
| 2 Divórcio | 73 |
| 3 Separação conjugal | 65 |
| 4 Saída da cadeia | 63 |
| 5 Morte de um familiar próximo | 53 |
| 6 Acidente ou doença grave | 53 |
| 7 Casamento | 50 |
| 8 Despedimento | 47 |
| 9 Reconciliação conjugal | 45 |
| 10 Reforma | 45 |
| 11 Doença grave de família | 44 |
| 12 Gravidez | 40 |
| 13 Problemas sexuais | 39 |
| 14 Aumento do agregado familiar | 39 |
| 15 Readaptação profissional | 39 |
| 16 Mudança da situação económica | 38 |
| 17 Morte de um amigo íntimo | 37 |
| 18 Mudança no tipo de trabalho | 36 |
| 19 Alteração do número de discussões com cônjuge | 35 |
| 20 Contrair um grande empréstimo | 31 |
| 21 Acabar de fazer um grande empréstimo | 30 |
| 22 Mudança de responsabilidade no trabalho | 29 |
| 23 Filho que abandona o lar | 29 |
| 24 Dificuldades com a família do cônjuge | 29 |
| 25 Acentuado sucesso pessoal | 27 |
| 26 Cônjuge que inicia/termina emprego | 26 |
| 27 Início ou fim de escolaridade | 26 |
| 28 Mudança nas condições de vida | 25 |
| 29 Alteração dos hábitos pessoais | 24 |
| 30 Problemas com o pai/mãe | 23 |
| 31 Mudança de condições ou hábitos de trabalho | 20 |
| 32 Mudança de residência | 20 |
| 33 Mudança de escola | 19 |
| 34 Mudança de divérsões | 19 |
| 35 Mudança de atividades religiosas | 19 |
| 36 Mudança de atividades sociais | 18 |
| 37 Contrair uma pequena dívida | 17 |
| 38 Mudança nos hábitos de sono | 16 |
| 39 Mudança no número de reuniões familiares | 15 |
| 40 Mudança nos hábitos alimentares | 15 |
| 41 Férias | 13 |
| 42 Natal | 12 |
| 43 Pequenas transgressões à lei | 11 |
| Total | 68 |

Avaliação:
Devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de 1 ano.

| Pontuação | Probabilidade de adoecer |
|--------------|---|
| 150-200 | Menor probabilidade de incidência de doenças |
| 200-300 | 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica |
| > 300 pontos | 80% de probabilidade de adoecer por doença psicosomática |

Fonte: Figueiredo, 2012

Figura 14 - Escala de readaptação social de Holmes e Rahe preenchida

1.3.2.1. Comunicação Emocional

Refere-se à variação e aos tipos de emoções e/ou sensações expressos e/ou demonstrados pelos elementos da família (Wright & Leahey, 2008). Os elementos desta família revelam facilidade em manifestar emoções e sentimentos, positivos e negativos, e em mostrar abertamente a afeição que sentem uns pelos outros.

1.3.2.2. Comunicação Verbal

Concentra-se principalmente no significado do conteúdo verbal (ou escrito) da mensagem entre os elementos da família envolvidos na interação (Wright & Leahey, 2008). Os elementos desta família estão satisfeitos com a forma como comunicam verbalmente, sendo capazes de discutir assuntos de interesse comum e de expressar livremente a sua opinião, sem medo, mas também sem entrar em conflito e sem magoar os outros.

1.3.2.3. Comunicação Não-Verbal

Focaliza-se nas mensagens não-verbais (postura corporal, contacto ocular, toque, gestos, movimentos faciais e espaço pessoal) e para-verbais (tonalidade, sons guturais, choro ou gaguejos) transmitidas pelos elementos da família (Wright & Leahey, 2008). Nesta família, a comunicação não-verbal está de acordo com o que é expresso verbalmente, não havendo discordância de mensagem entre ambos os tipos de comunicação.

1.3.2.4. Comunicação Circular

Refere-se à comunicação recíproca entre os elementos da família, em que um elemento influencia o comportamento de outro (Wright & Leahey, 2008). Não se observa nesta família este padrão de comunicação.

1.3.2.5. Solução de Problemas

É a capacidade da família para solucionar eficazmente os seus próprios problemas (Wright & Leahey, 2008). Quando surge um problema nesta família, este é discutido entre todos os elementos, inclusive os filhos, até que se chegue a um consenso quanto à solução do mesmo, podendo ser necessário fazer cedências de parte a parte. A família é muito unida, e por isso os seus elementos ajudam-se uns aos outros sempre que é preciso. Os imprevistos e dificuldades são encarados pela família como oportunidades de crescimento e quando há problemas que não se conseguem resolver a família aceita a situação sem desanimar. A família sabe os recursos externos a que pode recorrer para solucionar os seus problemas, mas sente que estes nem sempre se revelam tão eficazes como gostaria. Também nem sempre consegue encontrar a ajuda que precisa nas pessoas que conhece, como os seus amigos, família extensa ou vizinhos.

1.3.2.6. Papéis

São os padrões estabelecidos de comportamento dos elementos da família (Wright & Leahey, 2008). Como referido anteriormente, os elementos desta família têm papéis familiares atribuídos: I desempenha o papel de provedor (principal responsável pela entrada de bens financeiros) e de gestão financeira (administração da economia doméstica); H e I partilham o papel de cuidado doméstico (desempenho das responsabilidades domésticas, como arrumar a casa, cozinhar e ir às compras) e o papel parental; e H tem o papel de

prestadora de cuidados de B. A família demonstra satisfação com esta distribuição das responsabilidades e tarefas da vida familiar e com a ajuda que lhes é dada pelos outros elementos da família quando necessário.

O papel de prestador de cuidados corresponde ao padrão interaccional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no auto-cuidado (Figueiredo, 2012). H expressa aceitação do papel de cuidadora de B, pois gostava e estava habituada a cuidar de pessoas dependentes no seu trabalho como ajudante de lar, tendo inclusive realizado um curso de geriatria para aprofundar os seus conhecimentos nessa área, e já tinha sido previamente cuidadora das suas avós até estas falecerem.

Para avaliar se existe sobrecarga de H no desempenho do papel de prestadora de cuidados foi utilizada a escala de Zarit (Anexo XI). A sobrecarga do cuidador é definida como uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados (Ferreira et al., 2010). Segundo a pontuação obtida, de 34 valores, H apresenta uma sobrecarga moderada, o que vai de encontro à sua afirmação de que por vezes se sente sobrecarregada por ter que cuidar da sua mãe.

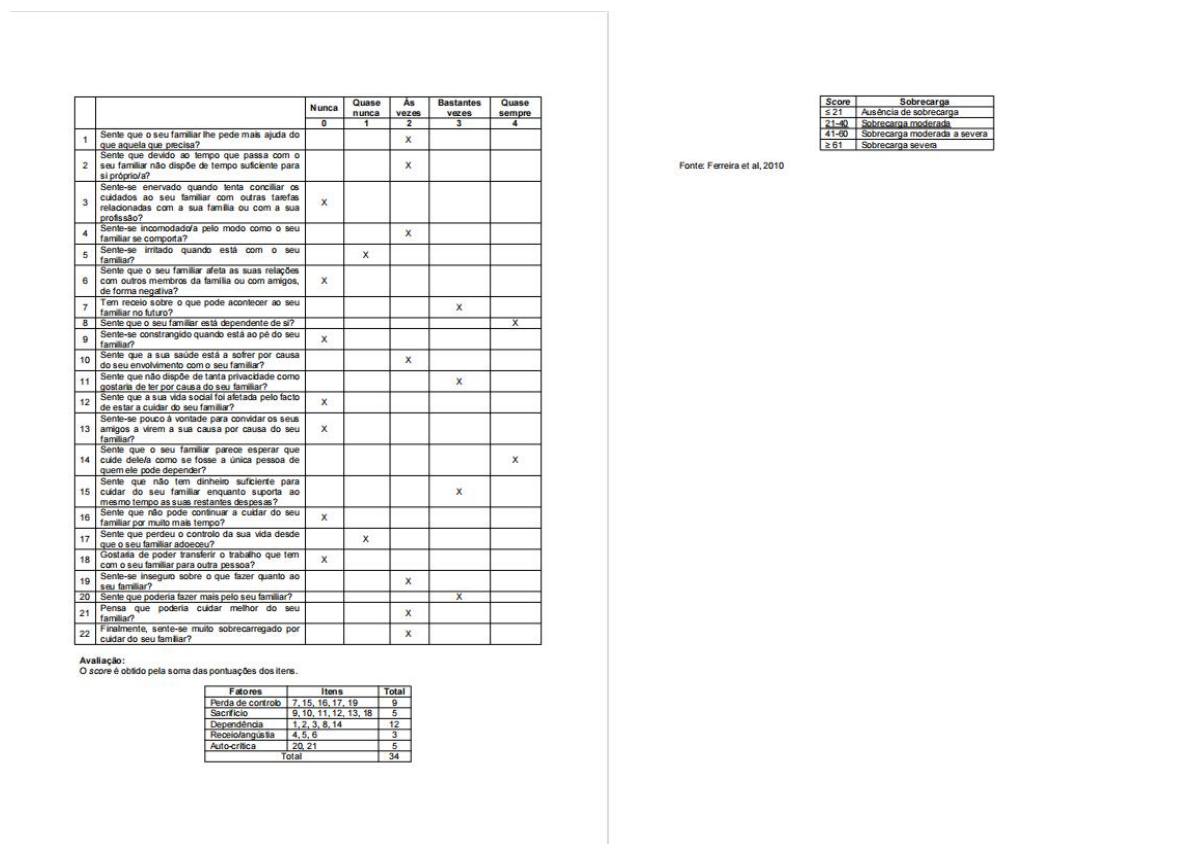


Figura 15 - Escala de Zarit preenchida

1.3.2.7. Influência e Poder

Refere-se aos métodos para afetar os comportamentos (Wright & Leahey, 2008). Nesta família, a influência e o poder são partilhados pelos seus elementos, pois todos têm uma palavra a dizer nas principais decisões familiares. Ninguém tem medo de expressar a sua opinião e quando alguém não se sente satisfeito com alguma norma familiar o assunto é discutido com os outros elementos.

1.3.2.8. Crenças

São as atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos elementos da família que influenciam a tomada de decisão relativamente à solução de problemas e aos comportamentos de saúde (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2008). A família considera que o que lhe dá força para lidar com as dificuldades é a sua atitude otimista e positiva perante os problemas, a sua fé em Deus e a união familiar.

1.3.2.9. Alianças e Uniões

Concentra-se na orientação, no equilíbrio e na intensidade dos relacionamentos entre os elementos da família (Wright & Leahey, 2008). Nesta família, não se identificam alianças ou coligações, existindo equilíbrio nos relacionamentos familiares e união entre todos os elementos.

2. INTERVENÇÃO FAMILIAR

Os dados e informações colhidos anteriormente, através da avaliação familiar segundo o MCAF e da utilização de vários instrumentos de avaliação familiar, irão agora ser transformados num plano de cuidados elaborado de acordo com o MCIF e com o modelo de sistemas de Betty Neuman.

2.1. MODELO DE CALGARY

Associado ao MCAF, o MCIF é uma estrutura organizadora que conceptualiza a intersecção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro (Wright & Leahey, 2008).

De acordo com este modelo, após ter realizado uma avaliação familiar abrangente, o EE em ESF deve planear de que forma irá intervir para facilitar a mudança. As intervenções do EE em ESF visam promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos seus domínios afetivo, cognitivo e comportamental, sendo que uma alteração num domínio pode afetar todos os outros (Wright & Leahey, 2008).

A elaboração do plano de cuidados deve ter como finalidade a potencialização das forças, recursos e competências familiares e incluir intervenções que se focalizam tanto na família como um todo como nos seus elementos individualmente, tendo em conta que os problemas individuais afetam a saúde do sistema familiar e vice-versa (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2008).

O EE em ESF deve estabelecer com a família um relacionamento terapêutico em que ambos reconhecem a reciprocidade entre as ideias e as opiniões do EE em ESF e a experiência de doença da família e procuram em conjunto descobrir a intervenção mais adequada para o problema apresentado, por vezes por tentativa e erro (Wright & Leahey, 2008).

É de salientar que o EE em ESF pode apenas propor intervenções à família e não dirigir, exigir ou insistir numa determinada mudança ou forma de funcionamento familiar. Se a família abrirá ou não espaço para a intervenção dependerá da sua constituição e das interações entre os seus elementos (Maturana & Varela, 1992, as cited in Wright & Leahey, 2008). As mudanças mais profundas e contínuas serão aquelas que ocorrem no âmbito das crenças familiares (Wright & Leahey, 2008).

2.2. MODELO DE SISTEMAS

O modelo de sistemas de Neuman é uma abordagem dinâmica e aberta ao cuidar do cliente, inicialmente desenvolvida para unificar a definição de problemas de enfermagem e para permitir uma melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente (Freese, 2004).

O modelo de sistemas vê a família como cliente como um sistema composto por subsistemas de membros da família. As relações entre os indivíduos da família ou entre os subsistemas constituem o cerne do modelo. O sistema familiar é ameaçado quando se expõe a pressões que afetam a sua estabilidade e bem-estar, sendo o principal objetivo da família manter a sua estabilidade através da preservação da integridade da sua estrutura (Whall & Fawcett, 1991, as cited in Hanson, 2005).

Alguns conceitos importantes identificados no modelo são:

- Estrutura básica: representa os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os organismos ou os recursos de energia do cliente;
- Stressores: são estímulos ou forças que interagem com, e potencialmente alteram, a estabilidade do sistema do cliente; podem ser intra-pessoais (ocorrem no indivíduo), interpessoais (ocorrem entre 2 ou mais indivíduos) ou extra-pessoais (ocorrem fora do indivíduo);
- Linha de defesa normal: representa um estado de estabilidade para o cliente e funciona como um padrão para apreciar os desvios do seu bem-estar habitual; inclui comportamentos e variáveis do sistema do cliente;
- Linha de defesa flexível: entendida como um para-choques protetor que visa impedir que os stressores atravessem a linha de defesa normal; a relação das variáveis pode afetar o nível até ao qual o cliente é capaz de utilizar a sua linha de defesa flexível em reação aos stressores;
- Linhas de resistência: representam os fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra os stressores;
- Grau de reação: é a quantidade de energia necessária para o cliente se ajustar aos stressores; inclui fatores interpessoais, intra-pessoais, extra-pessoais e ambientais interligados com as variáveis do sistema do cliente;
- Intervenções: são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema; baseiam-se em: grau de reação (possível ou real), recursos, objetivos e resultado previsto; existem 3 níveis de intervenção:
 - Prevenção primária: é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressor e,

embora ainda não tenha ocorrido uma reação, o grau de risco é conhecido; o objetivo é reduzir a possibilidade de luta do cliente com stressores, fortalecer essa mesma luta ou fortalecer a linha de defesa flexível para diminuir a possibilidade de reação;

- Prevenção secundária: envolve intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sintomas de stresse; os recursos internos e externos do cliente são utilizados para estabilizar o sistema, fortalecer as linhas de resistência e reduzir a reação;

- Prevenção terciária: ocorre depois do tratamento ativo, centrada no reajustamento com vista à estabilidade optimal do sistema do cliente; tem como objetivo fortalecer a resistência aos stressores para prevenir a regressão ou o reaparecimento da reação;

- Reconstituição: é o estado de adaptação aos stressores nos ambientes interno e externo; pode começar em qualquer grau de reação e pode avançar ou estabilizar alguns abaixo da anterior linha de defesa normal do cliente (Freese, 2004).

De acordo com o modelo de sistemas, o processo de enfermagem consiste em 3 passos:

- Diagnósticos: envolvem a obtenção de uma vasta base de dados a partir da qual se podem determinar as variações do bem-estar;

- Objetivos: são estabelecidos através da negociação com o cliente das alterações desejadas para corrigirem as variações do bem-estar;

- Resultados: são determinados pelas intervenções, através do uso dos modos de prevenção; a avaliação dos resultados confirma se os objetivos desejados foram alcançados e permite formular os objetivos subsequentes (Freese, 2004).

2.3. PLANOS DE CUIDADOS

O plano de cuidado será composto por diagnósticos, objetivos e resultados, que serão descritos de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Quadro 3 - Plano de cuidados à família

| | | |
|----------------------|--------------------|---|
| DIAGNÓSTICO 1 | Stressores | - Conhecimento do CI sobre medidas de prevenção de eritema pelas fraldas não demonstrado; - Pessoa dependente com eritema pelas fraldas. |
| | Diagnóstico | Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de eritema pelas fraldas não demonstrado |

Quadro 3 - Plano de cuidados à família (continuação)

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|--|---|
| OBJETIVOS | Objetivos | | - Que o CI demonstre conhecimento sobre medidas de prevenção de eritema pelas fraldas. |
| | RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo |
| Domínio cognitivo | | | Prevenção terciária - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de eritema pelas fraldas. |
| Domínio comportamental | | | Prevenção secundária - Incentivar a pessoa dependente a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão; - Treinar técnica de posicionamento. |
| Avaliação | | - CI demonstra conhecimento sobre medidas de prevenção de eritema pelas fraldas; - Pessoa dependente sem eritema pelas fraldas. | |
| DIAGNÓSTICO 2 | Stressores | | - Conhecimento do CI sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão não demonstrado; - Pessoa dependente com úlcera de pressão no calcanhar direito. |
| | Diagnóstico | | Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão não demonstrado |
| OBJETIVOS | Objetivos | | - Que o CI demonstre conhecimento sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão. |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção terciária - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão; - Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão; - Treinar técnica de posicionamento. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária - Incentivar a pessoa dependente a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão. |
| | Avaliação | - CI demonstra conhecimento sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão; - Pessoa dependente com úlcera de pressão no calcanhar direito cicatrizada. | |

Quadro 3 - Plano de cuidados à família (continuação)

| | | | |
|----------------------|---------------------|---|---|
| DIAGNÓSTICO 3 | Stressores | - Sobrelotação do edifício residencial (casa com 1 quarto para 5 pessoas); - Falta de privacidade. | |
| | Diagnóstico | Edifício residencial não adequado | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o edifício residencial seja adequado; - Que a família conheça os riscos de edifício residencial não adequado. | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária - Apoiar a família; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção primária - Ensinar sobre riscos de edifício residencial sobrelotado. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária - Promover a privacidade; - Orientar para serviços sociais. |
| | Avaliação | - Família continua a residir em edifício residencial não adequado; - Família demonstra conhecimento sobre riscos de edifício residencial não adequado. | |
| DIAGNÓSTICO 4 | Stressores | - Tipo de habitação grau 4 (escala de Graffar). | |
| | Diagnóstico | Edifício residencial não seguro | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o edifício residencial seja seguro; - Que a família conheça os riscos de edifício residencial não seguro. | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária - Apoiar a família; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção primária - Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro. |

Quadro 3 - Plano de cuidados à família (continuação)

| | | | | |
|---------------|--------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Orientar para serviços sociais. |
| | | Avaliação | | - Família continua a residir em edifício residencial não seguro; - Família demonstra conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro. |
| DIAGNÓSTICO 5 | | Stressores | | - Conhecimento sobre cuidado doméstico não demonstrado (casa desarrumada e com pouco conforto). |
| | | Diagnóstico | | Edifício residencial negligenciado |
| OBJETIVOS | | Objetivos | | - Que o edifício residencial não seja negligenciado; - Que a família demonstre conhecimento sobre cuidado doméstico; - Que a família demonstre conhecimento sobre governo da casa. |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar a família; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção primária | - Ensinar sobre riscos de edifício residencial negligenciado. |
| | | | Prevenção secundária | - Ensinar sobre cuidado doméstico; - Ensinar sobre governo da casa. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar a iniciativa; - Promover o cuidado doméstico; - Promover o governo da casa. |
| | | Avaliação | | - Edifício residencial não negligenciado; - Família demonstra conhecimento sobre cuidado doméstico. |
| DIAGNÓSTICO 6 | | Stressores | | - Rendimento insuficiente para as despesas familiares. |
| | | Diagnóstico | | Rendimento familiar insuficiente |
| OBJETIVOS | | Objetivos | | - Que o rendimento seja suficiente para as despesas familiares. |

Quadro 3 - Plano de cuidados à família (continuação)

| | | | | |
|----------------------|---------------------|-------------------------------|---|---|
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar a família; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária | - Ensinar sobre gestão do rendimento familiar. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Promover a gestão do rendimento familiar; - Orientar para serviços sociais. |
| | Avaliação | | - Família mantém rendimento insuficiente para as despesas familiares. | |
| DIAGNÓSTICO 7 | Stressores | | - Sobrecarga do CI em grau moderado (escala de Zarit). | |
| | Diagnóstico | | Sobrecarga por stresse do prestador de cuidados, em grau moderado | |
| OBJETIVOS | Objetivos | | - Que o grau de sobrecarga do CI não aumente. | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação ao papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre recursos da comunidade. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar o descanso; - Incentivar o prestador de cuidados a iniciar relações dinâmicas com grupos de suporte; - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Promover o envolvimento da família; - Orientar o prestador de cuidados para recursos da comunidade. |
| | Avaliação | | - CI mantém sobrecarga em grau moderado. | |
| DIAGNÓSTICO 8 | Stressores | | - Satisfação do casal com o padrão de sexualidade não demonstrada. | |
| | Diagnóstico | | Satisfação conjugal não mantida | |

Quadro 3 - Plano de cuidados à família (conclusão)

| | | | | |
|-------------------|---------------------|---|---|--|
| RESULTADOS | Intervenções | Objetivos | - Que o casal demonstre satisfação com o seu padrão de sexualidade. | |
| | | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar o casal; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária | - Ensinar sobre sexualidade; - Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar a iniciativa; - Promover a comunicação do casal; - Motivar para atividades em conjunto; - Planear rituais familiares; - Orientar para recursos da comunidade. |
| Avaliação | | - Casal demonstra maior satisfação com o seu padrão de sexualidade. | | |

Quadro 4 - Plano de cuidados individual do elemento B

| | | | | |
|----------------------|---------------------|---|---|--|
| DIAGNÓSTICO 1 | Stressores | - Alto risco de úlcera de pressão (escala de Braden). | | |
| | Diagnóstico | Alto risco de úlcera de pressão | | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Sem sinais de (novas) úlceras de pressão. | | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção terciária | - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção terciária | - Ensinar sobre prevenção de úlcera de pressão; - Ensinar sobre sinais de úlcera de pressão. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção terciária | - Incentivar a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão; - Treinar técnica de posicionamento; - Vigiar sinais de úlcera de pressão. |
| | Avaliação | | - Sem sinais de (novas) úlceras de pressão. | |

Quadro 4 - Plano de cuidados individual do elemento B (continuação)

| | | | |
|----------------------|---------------------|---|--|
| DIAGNÓSTICO 2 | Stressores | - Dependência grave no auto-cuidado (escala de Barthel); - Potencial para reconstrução da autonomia em grau moderado (escala de potencial de reconstrução de autonomia). | |
| | Diagnóstico | Dependente no auto-cuidado, em grau elevado | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que a capacidade de B para o auto-cuidado aumente; - Que B demonstre maior força de vontade, crença que é capaz de recuperar, desejo de independência, motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem para a reconstrução da sua autonomia. | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária - Elogiar os progressos; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover a consciencialização. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária - Ensinar sobre o auto-cuidado; - Ensinar sobre o uso de dispositivos; - Ensinar o prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária - Incentivar o envolvimento da pessoa; - Incentivar a iniciativa; - Incentivar o uso de dispositivos; - Motivar para o auto-cuidado; - Estimular a independência. |
| | Avaliação | - B mantém dependência grave no auto-cuidado; - B mantém grau reduzido de força de vontade, crença que é capaz de recuperar, desejo de independência, motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem para a reconstrução da sua autonomia. | |
| DIAGNÓSTICO 3 | Stressores | - Erupção localizada na área de pele em contacto com as fraldas. | |
| | Diagnóstico | Eritema pelas fraldas | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Sem eritema pelas fraldas. | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção terciária - Ensinar sobre prevenção de eritema pelas fraldas. |

Quadro 4 - Plano de cuidados individual do elemento B (continuação)

| | | | | |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|---|
| | Domínio comportamental | Prevenção secundária | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão; - Treinar técnica de posicionamento. | |
| | Avaliação | | - Sem eritema pelas fraldas. | |
| DIAGNÓSTICO 4 | Stressores | | - Perda da integridade da pele na zona plantar do pé direito produzida por instrumento cirúrgico. | |
| | Diagnóstico | | Ferida cirúrgica na zona plantar do pé direito | |
| OBJETIVOS | Objetivos | | - Cicatrização da ferida cirúrgica na zona plantar do pé direito. | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária | - Ensinar sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar ferida cirúrgica; - Executar tratamento da ferida cirúrgica; - Vigiar líquido de drenagem; - Vigiar penso da ferida cirúrgica. |
| | Avaliação | | - Ferida cirúrgica na zona plantar do pé direito cicatrizada. | |
| DIAGNÓSTICO 5 | Stressores | | - Capacidade de abdução das pernas diminuída. | |
| | Diagnóstico | | Rigidez articular nas pernas | |
| OBJETIVOS | Objetivos | | - Que a capacidade de abdução das pernas de B aumente. | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | <ul style="list-style-type: none"> - Elogiar os progressos; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções; - Promover a consciencialização. |

Quadro 4 - Plano de cuidados individual do elemento B (continuação)

| | | | | | |
|----------------------|---------------------|-------------------------------|--|--|--|
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária | - Ensinar sobre técnica de exercitação músculo-articular; - Ensinar sobre o uso de dispositivos. | |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar o envolvimento da pessoa; - Incentivar a iniciativa; - Incentivar a executar exercícios músculo-articulares; - Incentivar o uso de dispositivos. | |
| | Avaliação | | - B mantém uma capacidade de abdução das pernas diminuída. | | |
| DIAGNÓSTICO 6 | Stressores | | - Cateter urinário presente. | | |
| | Diagnóstico | | Risco de infeção | | |
| OBJETIVOS | Objetivos | | - Que a eliminação urinária se mantenha sem sinais de infeção. | | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção primária | - Promover a comunicação expressiva das emoções. | |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção primária | - Ensinar sobre cuidados com o cateter urinário; - Ensinar sobre medidas de prevenção da infeção. | |
| | | Domínio comportamental | Prevenção primária | - Incentivar ingestão de líquidos; - Trocar cateter urinário; - Vigiar eliminação urinária; - Vigiar sinais de infeção. | |
| | Avaliação | | - Urina límpida e de cor amarela, sem sinais de infeção. | | |
| DIAGNÓSTICO 7 | Stressores | | - Perda da integridade da pele no calcanhar direito como resultado de compressão tecidual e perfusão inadequada. | | |
| | Diagnóstico | | Úlcera de pressão no calcanhar direito | | |
| OBJETIVOS | Objetivos | | - Cicatrização da úlcera de pressão no calcanhar direito. | | |

Quadro 4 - Plano de cuidados individual do elemento B (conclusão)

| | | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária | - Ensinar sobre prevenção de complicações da úlcera de pressão. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão; - Treinar técnica de posicionamento; - Avaliar úlcera de pressão; - Executar tratamento da úlcera de pressão; - Vigiar líquido de drenagem; - Vigiar penso da úlcera de pressão. |
| | | Avaliação | | - B mantém a úlcera de pressão no calcanhar direito. |

Quadro 5 - Plano de cuidados individual do elemento H

| | | | | |
|----------------------|---------------------|---|---------------------------|--|
| DIAGNÓSTICO 1 | Stressores | - Baixo risco de queda (escala de Morse). | | |
| | Diagnóstico | Baixo risco de queda | | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Sem quedas. | | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção primária | - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção primária | - Ensinar sobre prevenção de queda. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção primária | - Otimizar ambiente físico. |
| | | Avaliação | | - Sem quedas. |

CONCLUSÃO

A família alvo deste processo de enfermagem foi selecionada no final do Estágio I, com base nos critérios de escolha da família definidos em conjunto com a enfermeira orientadora (família inscrita e residente na área geográfica de abrangência da USF CampuSaúde, constituída por 3 gerações, que necessita de cuidados de enfermagem no domicílio, com previsão de continuidade desses mesmos cuidados, em que um elemento é dependente no auto-cuidado e outro é o cuidador informal).

Durante o Estágio II, foi realizada a avaliação familiar segundo o MCAF, tendo estado presentes em todos os contactos com a família os elementos B e H. O local onde decorreram esses contactos foi o domicílio familiar, o que permitiu desde o primeiro momento compreender o contexto em que a família habita e a sua dinâmica.

Como ponto de partida, foram elaborados, em conjunto com os elementos presentes, o genograma da família e o seu ecomapa, o que possibilitou não só conhecer de forma abrangente e imediata a estrutura interna e externa da família como funcionou como desbloqueador da conversa e da relação terapêutica entre enfermeira e família.

Nos contactos seguintes, estando estabelecido um ambiente de confiança, empatia e respeito com a família, continuou-se a colheita de dados e a aplicação de vários instrumentos de avaliação familiar e iniciou-se a intervenção colaborativa com a família de acordo com o plano de cuidados que foi sendo elaborado.

Devido ao facto do Estágio II decorrer em apenas 5 semanas, não foi possível até ao seu *terminus* implementar e avaliar todas as intervenções previstas, verificando-se no final do mesmo que a família já tinha adquirido muitos conhecimentos, mas não demonstrava ainda os comportamentos de adesão pretendidos, pelo que se considerou importante continuar a intervir junto desta família durante o Estágio III.

Como principais ganhos de aprendizagem obtidos com a realização deste processo de enfermagem, destaco o aprofundamento de conhecimentos na avaliação da família e na utilização do MCAF e dos instrumentos de avaliação familiar.

Como fator facilitador para o trabalho desenvolvido, realço que os cuidados de enfermagem a esta família são uma continuação do trabalho que já havia sido iniciado pelas enfermeiras de família (EF) da USF CampuSaúde, que conhecem e têm cuidado desta família ao longo dos anos, em diferentes etapas do seu ciclo vital e face a diversos problemas de saúde.

O único fator dificultador, como já referido, foi o facto do tempo do Estágio II ser manifestamente pouco para se conseguir pôr em prática o plano de cuidados resultante da

avaliação familiar e alcançar os resultados do mesmo, até porque muitas vezes é necessária uma intervenção mais prolongada no tempo para se conseguir obter mudanças consistentes e duradouras no sistema familiar. No entanto, foi possível colmatar esta dificuldade no decorrer do Estágio III.

Concluo este processo de enfermagem com a certeza que os cuidados de enfermagem prestados a esta família contribuíram para o aperfeiçoamento do meu raciocínio clínico e da minha capacidade de trabalhar colaborativamente com outras famílias e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das minhas competências enquanto EE em ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Costa-Dias, M. J., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da escala de quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (2), páginas 7-17. doi 10.12707/RIII1382
- DECRETO REGULAMENTAR N.º 1/2022 DE 10 DE JANEIRO DA PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. Diário da República: 1ª série, N.º 6 (2022). Acedido a 12 jun. 2023. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma N.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A. ... Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3 (2), páginas 13-19. doi 10.34632/cadernosdesaude.2010.2806
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures. Lusociência.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures. Lusociência.
- Melo, A. T. & Alarcão, M. (2011). Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do questionário de forças familiares. *Mosaico*, 48, páginas 34-41. Retrieved from <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/36414/1/Avalia%20de%20processos%20de%20resili%20familiar.pdf>
- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V. & Machado, M. M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), páginas 39-48. doi 10.12707/RIV17027
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2008). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo. Roca.

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Graffar Adaptada

| Graus | Profissão | Instrução | Origem do rendimento familiar | Tipo de habitação | Local de residência | Pontuação | | | Posição social |
|-------|---|--|--|---|---|-------------|-------------|-------------|--------------------------|
| | | | | | | Com 5 itens | Com 4 itens | Com 3 itens | |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Grandes 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 | <ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento | <ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas ou propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso, com máximo de conforto | <ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante | 5 ↑ | 4 ↑ | 3 | I CLASSE ALTA |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 do ensino básico - Professores do ensino secundário - Professores universitários (sem doutoramento) | <ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou curso superior com duração ≤ 3 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável | <ul style="list-style-type: none"> - Bom local | 10 ↑ | 8 ↑ | 4 ↑ | II CLASSE MÉDIA ALTA |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos industriais e comerciantes - Quadros médios: chefes de secção - Empregado de escritório (grau superior) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados | <ul style="list-style-type: none"> - 12º ano - 9 ou mais anos de escolaridade | <ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais | <ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia | 14 ↑ | 11 ↑ | 7 ↑ | III CLASSE MÉDIA |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos agricultores/rendeiros - Empregado de escritório (grau inferior) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados de nível inferior | <ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ salário mínimo nacional - Pensionistas ou reformados - Vencimentos incertos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro social/operário - Zona antiga | 18 ↑ | 14 ↑ | 10 ↑ | IV CLASSE MÉDIA BAIXA |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores | <ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG | <ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente | 22 ↑ | 17 ↑ | 13 ↑ | V CLASSE BAIXA |

Fonte: adaptado de Graffar, 1956, por Amaro, 2001, as cited in Figueiredo, 2012

ANEXO II - Critérios Relativos ao Tipo de Habitação

| Tipo de habitação | Critérios |
|-------------------|---|
| Grau 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Espaçosa - Bem conservada - Aquecimento central/ar condicionado - Eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) - Água/saneamento básico/eletricidade - Boa ventilação - Luz natural - 3 dos seguintes critérios: casa com dumótica, <i>court</i> de ténis, condomínio privado, acabamentos de luxo, peças de decoração raras e caras, piscina, ginásio |
| Grau 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Espaçosa - Bem conservada - Aquecimento central/ar condicionado - Eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) - Água/saneamento básico/eletricidade - Boa ventilação - Luz natural |
| Grau 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Casa de banho, cozinha, sala e quartos - Bem conservada - Eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) - Água/saneamento básico/eletricidade - Boa ventilação - Luz natural |
| Grau 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Condições exíguas (espaços muito pequenos) - Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) - Sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) - Sem 1 dos seguintes elementos: água/saneamento básico/eletricidade - Escassa ventilação - Luz natural |
| Grau 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Barraca - Condições exíguas (espaços muito pequenos) - Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) - Sem água/saneamento básico/eletricidade - Sem ventilação - Sem luz natural |

Fonte: Figueiredo, 2012

ANEXO III - Escala de Barthel

| Item | Pontuação | |
|-------------------------|--|----|
| Alimentação | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferências | Independente | 15 |
| | Precisa de alguma ajuda | 10 |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 |
| | Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 |
| Toailete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Utilização do sanitário | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 |
| | Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | 10 |
| | Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | 5 |
| | Imóvel | 0 |
| Subir e descer escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 |
| | Precisa de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente | 10 |
| | Com ajuda | 5 |
| | Impossível | 0 |
| Controlo intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 |
| | Acidente ocasional | 5 |
| | Dependente ou precisa de uso de clisteres | 0 |
| Controlo urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |
| | Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) | 5 |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 |
| Total | | |

Avaliação:

- 100: independência total
- 91 a 99: dependência ligeira
- 61 a 90: dependência moderada
- 21 a 60: dependência grave
- 0 a 20: dependência total

Fontes: Apóstolo, 2012; SClínico

ANEXO IV - Escala de Potencial de Reconstrução de Autonomia

| Item | Pontuação | |
|---|--|---------------|
| | Reconhecimento das mudanças no seu estado de saúde | Sem potencial |
| Potencial reduzido | | 2 |
| Potencial moderado | | 3 |
| Potencial elevado | | 4 |
| Força de vontade expressa na aprendizagem | Sem potencial | 1 |
| | Potencial reduzido | 2 |
| | Potencial moderado | 3 |
| | Potencial elevado | 4 |
| Crença demonstrada que é capaz de recuperar | Sem potencial | 1 |
| | Potencial reduzido | 2 |
| | Potencial moderado | 3 |
| | Potencial elevado | 4 |
| Desejo expresso em tornar-se mais independente | Sem potencial | 1 |
| | Potencial reduzido | 2 |
| | Potencial moderado | 3 |
| | Potencial elevado | 4 |
| Motivação, proatividade e envolvimento no processo de ensino/aprendizagem | Sem potencial | 1 |
| | Potencial reduzido | 2 |
| | Potencial moderado | 3 |
| | Potencial elevado | 4 |
| Capacidade cognitiva | Sem potencial | 1 |
| | Potencial reduzido | 2 |
| | Potencial moderado | 3 |
| | Potencial elevado | 4 |
| Capacidade física | Sem potencial | 1 |
| | Potencial reduzido | 2 |
| | Potencial moderado | 3 |
| | Potencial elevado | 4 |
| Total | | |

Avaliação:

7: sem potencial

8 a 14: potencial reduzido

15 a 21: potencial moderado

22 a 28: potencial elevado

Fonte: Petronilho et al., 2017; SClínico

ANEXO V - Escala de Morse

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

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

ANEXO VI - Escala de Braden

| Item | Pontuação | | |
|---|----------------------------|--|---|
| Perceção sensorial (Capacidade de reação significativa ao desconforto) | Completamente limitada | Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo. | 1 |
| | Muito limitada | Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto. | 4 |
| Humidade (Nível de exposição da pele à humidade) | Pele constantemente húmida | A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado. | 1 |
| | Pele muito húmida | A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos 1 vez por turno. | 2 |
| | Pele ocasionalmente húmida | A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente 1 vez por dia. | 3 |
| | Pele raramente húmida | A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais. | 4 |
| Atividade (Nível de atividade física) | Acamado | O doente está confinado à cama. | 1 |
| | Sentado | Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas. | 2 |
| | Anda ocasionalmente | Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado. | 3 |
| | Anda frequentemente | Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de 2 em 2 horas durante o período em que está acordado. | 4 |
| Mobilidade (Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo) | Completamente imobilizado | Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda. | 1 |
| | Muito limitada | Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda. | 4 |
| Nutrição (Alimentação habitual) | Muito pobre | Nunca come 1 refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma 1 suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de 5 dias. | 1 |
| | Provavelmente inadequada | Raramente come 1 refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma 1 suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. | 2 |
| | Adequada | Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 | 3 |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|--|---|
| | | refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa 1 refeição, mas toma geralmente 1 suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. | |
| | Excelente | Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa 1 refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos. | 4 |
| Fricção e forças de deslizamento | Problema | Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante. | 1 |
| | Problema potencial | Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai. | 2 |
| | Nenhum problema | Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira. | 3 |
| Total | | | |

Avaliação:

0 a 16: alto risco

17 a 23: baixo risco

Fonte: Apóstolo, 2012; SClinico

ANEXO VII - APGAR Familiar de Smilkstein

| APGAR | | Quase sempre | Algumas vezes | Quase nunca |
|-------|---|--------------|---------------|-------------|
| | | 2 | 1 | 0 |
| 1 | Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | | | |
| 2 | Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema. | | | |
| 3 | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida. | | | |
| 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. | | | |
| 5 | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | | | |
| Total | | | | |

Avaliação:

7 a 10: família altamente funcional

4 a 6: família com moderada disfunção

0 a 3: família com disfunção acentuada

Fonte: Figueiredo, 2012

ANEXO VIII - Escala FACES II

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

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | família toda. | | | | | |
| 30 | Temos interesses e passatempos em comuns com os outros. | | | | | |

Avaliação:

A coesão e a adaptabilidade familiar são calculadas pela soma dos itens correspondentes.

| Coesão familiar | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------|-----|--------------------|-----|------------|-----|-------|-----|--------|-----|--------|-----|----------|-----|----------------------|-----|
| Itens | Laços emocionais | | Limites familiares | | Coligações | | Tempo | | Espaço | | Amigos | | Decisões | | Interesses e lazeres | |
| | (+) | (+) | (-) | (-) | (-) | (-) | (+) | (+) | (+) | (-) | (+) | (+) | (+) | (+) | (-) | (+) |
| | 1 | 17 | 3 | 19 | 9 | 29 | 7 | 23 | 5 | 25 | 11 | 27 | 13 | 21 | 15 | 30 |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Adaptabilidade familiar | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|-----|-----------|-----|------------|-----|------------|-----|---------|-----|--------|-----|----------|-----|--|
| Itens | Imposição | | Liderança | | Disciplina | | Negociação | | Funções | | Normas | | Decisões | | |
| | (+) | (+) | (-) | (+) | (+) | (+) | (+) | (+) | (+) | (+) | (+) | (+) | (+) | (-) | |
| | 2 | 14 | 28 | 4 | 16 | 6 | 18 | 8 | 20 | 26 | 10 | 22 | 12 | 24 | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | |

A classificação do tipo de família é obtida através da fórmula: (coesão + adaptabilidade) / 2 = tipo de família:

$$(___ + ___) / 2 = ___$$

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

Fonte: Fernandes, 1995, as cited in Figueiredo, 2012

ANEXO IX - Questionário das Forças Familiares

| | | Nada parecidas | Pouco parecidas | Mais ou menos parecidas | Bastante parecidas | Totalmente parecidas |
|----|---|-----------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Na minha família somos otimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas. | | | | | |
| 2 | Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas. | | | | | |
| 3 | Na minha família somos muito unidos. | | | | | |
| 4 | Na minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião. | | | | | |
| 5 | Na minha família tomamos decisões em conjunto. | | | | | |
| 6 | Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar. | | | | | |
| 7 | Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projetos individuais e ao que é importante para si. | | | | | |
| 8 | Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo. | | | | | |
| 9 | Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas. | | | | | |
| 10 | Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros. | | | | | |
| 11 | Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer. | | | | | |
| 12 | Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir. | | | | | |
| 13 | Na minha família fazemos coisas e atividades em conjunto. | | | | | |
| 14 | Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para rir. | | | | | |
| 15 | Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros. | | | | | |
| 16 | Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto. | | | | | |
| 17 | Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos. | | | | | |
| 18 | Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de | | | | | |

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

Avaliação:

A cotação é obtida pela soma das pontuações dos itens.

| Fatores | Itens | Total |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------|
| Organização familiar positiva | 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13 | /50 |
| Crenças familiares positivas | 12, 16, 21, 24, 25, 28, 29 | /35 |
| Gestão positiva e suporte familiar | 17, 18, 19, 20, 22, 23, 27 | /35 |
| Emoções positivas | 1, 11, 14, 15, 26 | /25 |
| Total | | /145 |

Fonte: Melo & Alarcão, 2011

ANEXO X - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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

Avaliação:

Devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de 1 ano.

| Pontuação | Probabilidade de adoecer |
|------------------|---|
| 150-200 | Menor probabilidade de incidência de doenças |
| 200-300 | 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica |
| > 300 pontos | 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática |

Fonte: Figueiredo, 2012

ANEXO XI - Escala de Zarit

| | | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Bastantes vezes | Quase sempre |
|----|--|-------|-------------|----------|-----------------|--------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa? | | | | | |
| 2 | Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a? | | | | | |
| 3 | Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão? | | | | | |
| 4 | Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta? | | | | | |
| 5 | Sente-se irritado quando está com o seu familiar? | | | | | |
| 6 | Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa? | | | | | |
| 7 | Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro? | | | | | |
| 8 | Sente que o seu familiar está dependente de si? | | | | | |
| 9 | Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar? | | | | | |
| 10 | Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar? | | | | | |
| 11 | Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar? | | | | | |
| 12 | Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 13 | Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar? | | | | | |
| 14 | Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender? | | | | | |
| 15 | Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas? | | | | | |
| 16 | Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | | | | | |
| 17 | Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu? | | | | | |
| 18 | Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa? | | | | | |
| 19 | Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar? | | | | | |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | | | | | |
| 21 | Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar? | | | | | |
| 22 | Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar? | | | | | |

Avaliação:

O score é obtido pela soma das pontuações dos itens.

| Fatores | Itens | Total |
|-------------------|-----------------------|-------|
| Perda de controlo | 7, 15, 16, 17, 19 | |
| Sacrifício | 9, 10, 11, 12, 13, 18 | |
| Dependência | 1, 2, 3, 8, 14 | |
| Receio/angústia | 4, 5, 6 | |
| Auto-crítica | 20, 21 | |
| Total | | |

| Score | Sobrecarga |
|--------------|------------------------------|
| ≤ 21 | Ausência de sobrecarga |
| 21-40 | Sobrecarga moderada |
| 41-60 | Sobrecarga moderada a severa |
| ≥ 61 | Sobrecarga severa |

Fonte: Ferreira et al., 2010

APÊNDICE II - Artigo “Rastreio do Cancro do Colo do Útero” Publicado na Revista + *Saúde*,
Golegã!



RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Catarina Serra (Estudante de Mestrado
em Enfermagem Comunitária)

Todas as mulheres estão em risco de desenvolver cancro do colo do útero, principalmente depois dos 30 anos de idade. Felizmente, este tipo de cancro pode ser prevenido através do rastreio, que permite detetar precocemente as alterações do colo do útero e tratá-las de forma a evitar a progressão para cancro.



Em que consiste o rastreio?

Consiste na realização da colpocitologia, também conhecida como teste de Papanicolaou, que é um exame ginecológico para deteção precoce de qualquer alteração pré-maligna do colo do útero. É um exame simples, rápido e eficaz.

Quem deve fazer o rastreio e quando?

Todas as mulheres com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos deverão fazer o teste regularmente, geralmente de 5 em 5 anos.

E se o resultado for positivo?

Um resultado positivo significa que existem alterações celulares, mas não é sinónimo de cancro. Nesse caso, o seu médico de família irá encaminhá-la para uma consulta hospitalar, onde serão realizados exames mais pormenorizados.

É necessário pagar alguma coisa?

Todo o processo é totalmente gratuito e isento de pagamento de taxas moderadoras.

Como se pode agendar o rastreio?

Pode marcar o seu rastreio no balcão de atendimento administrativo ou através do número de telefone 249 979 180 (USF CampuSaúde).

APÊNDICE III - Apresentação do Estudo de Investigação

CONTRIBUTO DOS CUIDADOS PRESTADOS PELO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA PARA O ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS COM ELEMENTOS ADULTOS OU IDOSOS DEPENDENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Catarina Isabel Pires Serra 5220067

Professora Supervisora: Prof.ª Doutora Teresa Kraus

Enfermeira Orientadora: Enf.ª Especialista Luísa Martins

18 MARÇO 2024

INTRODUÇÃO

• **Problema em estudo:**

- Contributo dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família (EF) para o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 e expectativas dos cuidadores informais (CI) quanto a esses cuidados.

• **Surgiu das necessidades de:**

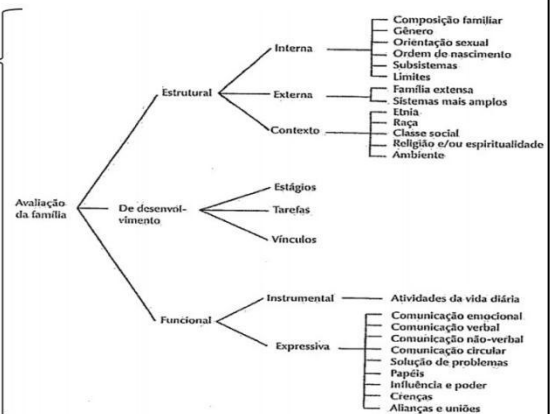
- Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (EE) em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) no domínio da investigação;
- Contribuir para promover a efetividade dos cuidados especializados em ESF;
- Perceber como pode o EF contribuir para dar resposta às necessidades e dificuldades manifestadas pelos CI, particularmente daqueles que cuidam de membros da família portadores de DM tipo 2.

METODOLOGIA

- **2 métodos de investigação complementares:**
 - Revisão integrativa da literatura (RIL);
 - Estudo de casos múltiplos.
- } Ampliar a perspetiva sobre o problema experienciado na prática clínica.

- **Referenciais teóricos e metodológicos:**

- Modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF);
- Modelo de Calgary de intervenção familiar (MCIF);
- Modelo de sistemas de Neuman.



METODOLOGIA - RIL

- **Questão de investigação:**
 - Quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EF?

| | | |
|----------|------------------|--|
| P | População | CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| C | Conceito | Expetativas quanto aos cuidados a prestar pelo EF |
| C | Contexto | CSP |

- **Objetivos:**

- Caracterizar os CI e as famílias de elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2;
- Determinar quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EF.

METODOLOGIA - RIL

- **Critérios de inclusão:**
 - Texto completo disponível;
 - Publicados entre 2018 e 2023;
 - Em espanhol, inglês ou português;
 - Que incluam CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2;
 - Que identifiquem expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar;
 - Realizados em contexto de CSP.
- **Critérios de exclusão:**
 - Estudos que não cumpram os critérios de inclusão;
 - Estudos secundários.

METODOLOGIA - RIL

- **Estratégia de pesquisa:**

| Palavras-chave | Keywords | DeCS | MeSH | Operadores booleanos | Expressão de pesquisa | Limitadores |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|---|--|
| Cuidadores | Caregivers | Cuidadores | Caregivers | AND | Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Nurs* | Estudos com texto completo disponível |
| Adulto | Adult | Adulto | Adult | OR | | Estudos publicados entre 2018 e 2023 |
| Idoso | Aged | Idoso | Aged | AND | | |
| Diabetes mellitus tipo 2 | Diabetes mellitus type 2 | Diabetes mellitus | Diabetes mellitus | AND | | Estudos em espanhol, inglês ou português |
| Família | Family | Família | Family | AND | | |
| Enfermeiros | Nurses | Enfermeiras e enfermeiros | Nurses | - | | |

b-on biblioteca do conhecimento online

Serviço de Pesquisa

Olá, está como anónimo, registre-se para acesso.

Nova pesquisa Publicações Preferências Idioma Ajuda

Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Di Seleccione um Campo (opcional) Pesquisar Pesquisa no Mapa de conceitos

AND Seleccione um Campo (opcional) Limpar

AND Seleccione um Campo (opcional)

Pesquisa Básica Pesquisa Avançada Histórico de Pesquisas

Refinar Resultados Resultados da Pesquisa 1 - 40 de 40 Relevância Opções de Página

Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.

1. Physical and psychological health of carers of young people with first episode psychosis.

(English) ; Abstract available. By: Poon AWC, Curtis J, Ward P, Loneragan C, Lappin J, Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [Australas Psychiatry], ISSN: 1440-1665, 2018 Apr, Vol. 26 (2), pp. 184-188; Publisher: Sage, PMID: 29334229, Base de dados: MEDLINE

Revista Académica

Assuntos: Caregivers psychology; Diabetes Mellitus, Type 2 epidemiology; Diabetes Mellitus, Type 2 etiology; Family, Hypertension epidemiology; Hypertension etiology; Overweight epidemiology; Overweight etiology; Psychotic Disorders nursing; Stress, Psychological epidemiology; Stress, Psychological etiology; Adolescent; Adult; Caregivers statistics & numerical data; Female; Humans; Male; Middle Aged; Psychotic Disorders epidemiology; Young Adult

Nova Pesquisa Assuntos Publicações Imagens Fichas de Cuidados Médicos Baseados na Evidência Mais Iniciar Sessão Pasta Preferências Idioma Ajuda

EBSCOhost A pesquisar: CINAHL Complete, Mostrar todos Escolha as Bases de Dados

Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Di Seleccione um Campo (opcional) Pesquisar

AND Seleccione um Campo (opcional) Limpar

AND Seleccione um Campo (opcional)

Pesquisa Básica Pesquisa Avançada Histórico de Pesquisas

Refinar Resultados Resultados da Pesquisa 1 - 20 de 29 Data mais recente Opções de Página Partilhar

1. The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review.

(English) ; Abstract available. By: Choi S, Shin H, Child health nursing research [Child Health Nurs Res], ISSN: 2287-9129, 2023 Jul, Vol. 29 (3), pp. 166-181; Publisher: Korean Academy of Child Health Nursing, PMID: 37554085, Base de dados: MEDLINE Complete

Revista Académica

This study examined the literature concerning the burdens of parents of preschool-aged children diagnosed with type 1 diabetes mellitus.

Texto Integral em PDF

2. The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review.

(includes abstract) Sunyeob Choi, Hyewon Shin Child Health Nursing Research, Jul2023; 29(3): 166-181. 16p. (Journal Article -- research, systematic review, tables/charts) ISSN: 2287-9110, Base de dados: CINAHL Complete

Revista Académica

Purpose: This study examined the literature concerning the burdens of parents of preschool-aged children diagnosed with type 1 diabetes mellitus. Methods: We employed an integrative review method...

Assuntos: Diabetes Mellitus, Type 1 Nursing; Parents Psychosocial Factors; Caregiver Burden Evaluation; Child, Preschool; 2-5 years

An official website of the United States government [Here's how you know](#)

National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Nurs **Search**

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sort by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

RESULTS BY YEAR

21 results

Filters applied: Free full text, in the last 5 years, English, Portuguese, Spanish. [Clear all](#)

Diabetes knowledge, risk perception, and quality of life among South Asian caregivers in young adulthood.
1 Koipuram A, Carroll S, Punthakee Z, Sherifali D.
BMJ Open Diabetes Res Care. 2020 Nov;8(2):e001268. doi: 10.1136/bmjdr-2020-001268.
Share PMID: 33168524 **Free PMC article.**
INTRODUCTION: Persons of South Asian descent have a higher prevalence of type 2 **diabetes mellitus** (T2DM). The management of T2DM in the South Asian community has required the support of **adult** children, potentially impacting the quality of life. **diabetes** ...

Chronic wounds in persons living with dementia: An integrative review.
2 Sefcik JS, McLaurin EJ, Bass EJ, DiMaria-Ghalili RA.
Int J Older People Nurs. 2022 May;17(3):e12447. doi: 10.1111/inm.12447. Epub 2022 Jan 18.

TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

16 de dezembro de 2023

RCAAAP | Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

HOME PESQUISA AVANÇADA DIRETÓRIO FINANCIAMENTO AJUDA

CONTACTOS ENGLISH

SUBSCREVER RSS FEED

Encontrados 4 documentos, a visualizar página 1 de 1

Pesquisa efectuada por Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Nurs*

Ordenado por Relevância

Ordenado por: Relevância Ordem: Descendente Atualizar

1 de 1 resultados

Satisfação da criança jovem com a consulta de enfermagem da diabetes : influênc...
Pires, Anabela dos Santos
Enquadramento: A avaliação no setor da saúde não se restringe unicamente à confirmação do cumprimento de objetivos propostos pelo sistema de saúde, mas verificar se esses estão de acordo com as aspirações e expectativas dos utentes. Assim, torna-se basilar escrutinar a opinião das crianças/jovens com diabetes, de modo a poder ter-se um conhecimento mais efetivo da sua satisfação face à consulta de enfermagem de ...
Data: 2016 | Origem: [Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu](#) [Mais info.](#)

Vivendo e convivendo com o diabetes mellitus
Baggio, Simone Cristina
Diabetes mellitus is considered a major health problem due to the number of affected people, disability and premature mortality, for the resulting from the cost of its control, treatment and its complications. The fact that the treatment requires changes in habits and lifestyle, the use of continuous medication, physical activity scheduled, frequent blood glucose monitoring, medical appointment, get the control...
Data: 2018 | Origem: [Dissertação](#) [Mais info.](#)

A educação para a saúde na diabetes mellitus
Batista, Irene; Canha, Madalena; Dias, Albertina; Simões, Ana Margarida; Teixeira, Cláudia
Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública global, que tenderá a aumentar exponencialmente nos próximos anos, trazendo consigo uma morbidade e mortalidade elevadas, e por conseguinte, custos humanos, sociais e económicos gigantes. Urge portanto travar esta epidemia, capacitando as pessoas com diabetes e a população em geral, de forma a prevenir a doença e as suas complicações. A educ...
Data: 2020 | Origem: [Mestrado](#) [Mais info.](#)

4 Resultados

Texto Pesquisado

Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabete

Atualizar

Refinar resultados

Autor

- Teixeira, Cláudia (1)
- Dias, Albertina (1)
- Pires, Anabela dos Santos (1)
- Simões, Ana Margarida (1)
- Baggio, Simone Cristina (1)

[Ver mais opções](#)

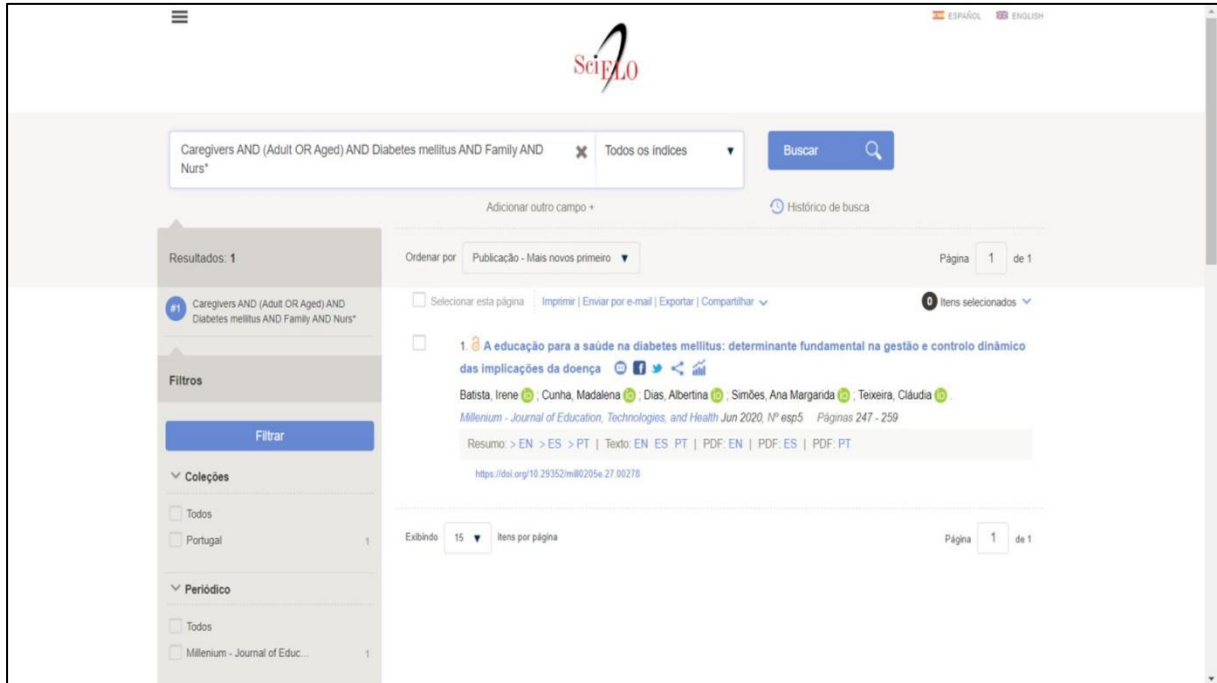
Data

- 2018 (1)
- 2016 (1)
- 2013 (1)
- 2020 (1)

Tipo de Documento

- Dissertação de mestrado (1)

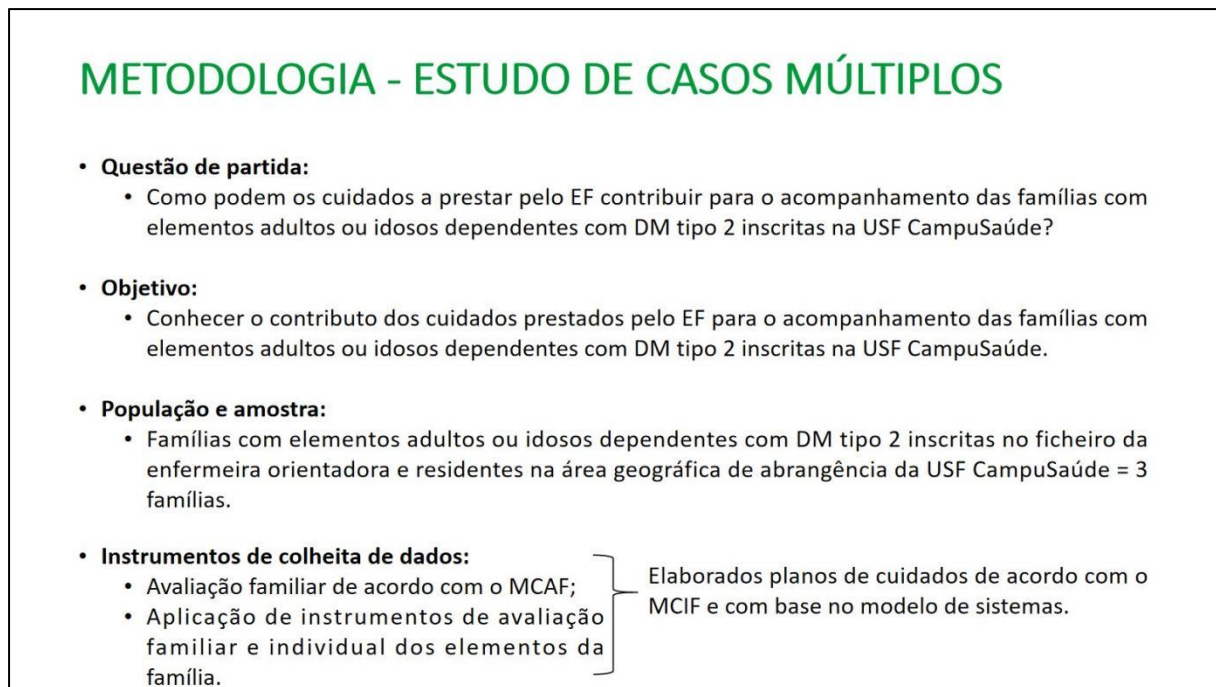
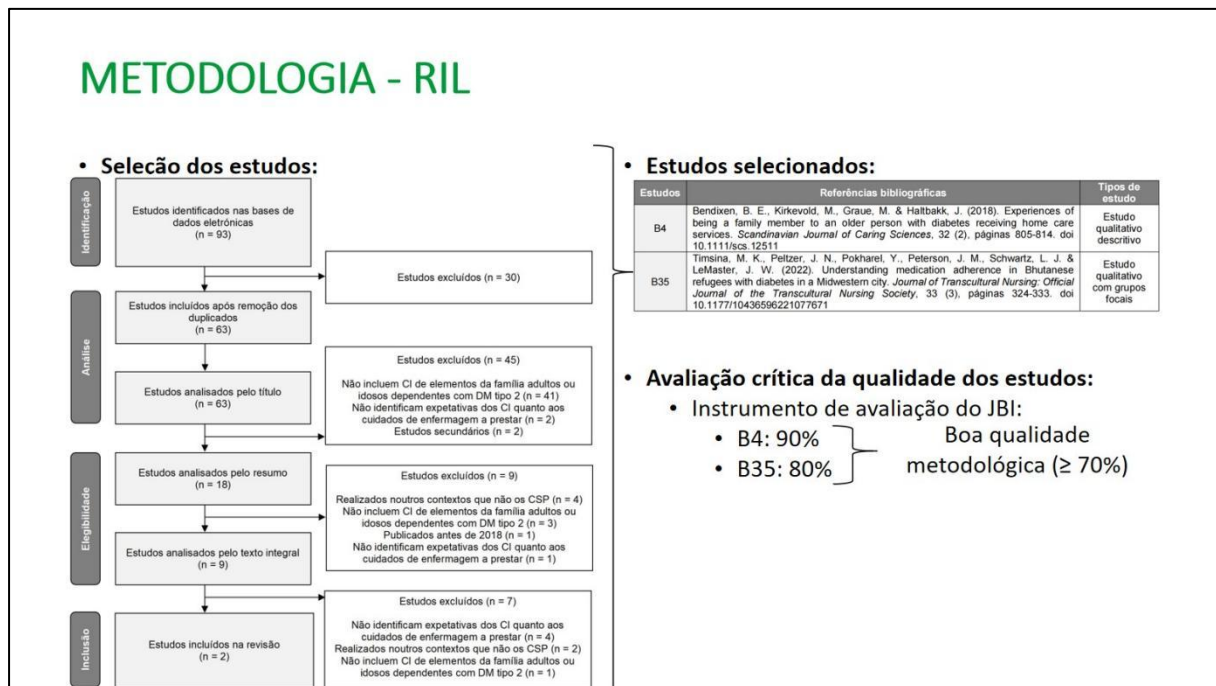
16 de dezembro de 2023



METODOLOGIA - RIL

- Número de estudos identificados por motor de busca e por base de dados::

| Motores de busca | Bases de dados | Total |
|------------------|--|-------|
| B-On | Academic Search Complete | 5 |
| | Directory of Open Access Journals | 4 |
| | MEDLINE | 28 |
| | RCAAP | 1 |
| | Research Starters | 1 |
| | Supplemental Index | 1 |
| | CINAHL Complete | 4 |
| EBSCO | Cochrane Central Register of Controlled Trials | 18 |
| | MEDLINE Complete | 7 |
| Pubmed | Pubmed | 21 |
| RCAAP | Millenium | 1 |
| | Oasisbr | 1 |
| SciELO | SciELO | 1 |
| | | 93 |



RESULTADOS

• **Caracterizar os CI e as famílias de elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2:**

- CI maioritariamente do sexo feminino, mais novos do que as pessoas de quem cuidavam e parte do subsistema conjugal ou do subsistema filial;
- Nenhum CI detinha legalmente o estatuto do CI e apenas 1 já o conhecia e tinha solicitado;
- Pessoas dependentes com DM tipo 2 também na sua maioria do sexo feminino (maior esperança média de vida);
- Funções desempenhadas pela família extensa eram ajuda material e de serviços, apoio emocional, companhia social e guia cognitivo e de conselhos;
- Sistemas mais amplos mais frequentemente identificados foram os CSP, a farmácia, o hospital, a igreja e o serviço de apoio domiciliário;
- Classe social II (média-baixa) e III (média).

Avaliação estrutural

RESULTADOS

- Etapa do ciclo vital “família com filhos adultos”;
- Relações familiares moderadas ou fortes, embora ocasionalmente conflituosas/stressantes quando os CI e as pessoas dependentes com DM tipo 2 não estavam de acordo quanto ao que consideravam ser uma gestão correta da doença.
- Pessoas com DM tipo 2 apresentavam dependência para a realização das atividades de vida diárias (AVD) e compromisso do auto-cuidado relativamente à gestão do regime terapêutico e à vigilância da glicemia;
- 1 dos CI tinha também dependência ligeira para a realização das AVD;
- Famílias percecionadas como altamente funcionais;
- Satisfação com a ajuda recebida por parte dos sistemas mais amplos;
- Papéis familiares mais frequentes eram prestador de cuidados, cuidado doméstico e provedor;
- CI apresentavam algum grau de sobrecarga (principais fatores são grau de dependência das pessoas cuidadas e sensação de perda de controlo).

Avaliação de desenvolvimento

Avaliação funcional

RESULTADOS

- **Determinar quais são as expetativas dos CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quanto aos cuidados a prestar pelo EF:**
 - Comunicação eficaz do enfermeiro com a pessoa dependente com DM tipo 2, com os seus familiares e com outros profissionais de saúde;
 - Continuidade de cuidados, devendo ser sempre o mesmo enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem;
 - Que o enfermeiro possuísse competência e experiência;
 - Que existisse um acompanhamento regular por parte do mesmo;
 - Que os cuidados de enfermagem a prestar contemplassem educação em saúde, tivessem em conta a língua e a cultura dos seus destinatários e incluíssem não só a pessoa dependente com DM tipo 2 mas a família como um todo.

RESULTADOS

- **Conhecer o contributo dos cuidados prestados pelo EF para o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 inscritas na USF CampuSaúde:**
 - Contributo dos cuidados prestados pelo EF no acompanhamento de famílias com elementos dependentes com DM tipo 2 é francamente positivo, uma vez que o número de stressores identificados diminuiu em 50%, o número de diagnósticos formulados foi reduzido em 53,8% e 81,3% dos objetivos definidos foram cumpridos.

| | Stressores | | | Diagnósticos | | | Objetivos | | |
|------------------|------------|----------|--------------|--------------|----------|----------------|-----------|-----------|--------------|
| | Antes | Após | Varição | Antes | Após | Varição | Definidos | Cumpridos | Varição |
| Família 1 | 11 | 6 | - 45,5% | 8 | 4 | - 50% | 11 | 8 | 72,7% |
| Família 2 | 4 | 2 | - 50% | 3 | 1 | - 67% | 3 | 3 | 100% |
| Família 3 | 3 | 1 | - 67% | 2 | 1 | - 50% | 2 | 2 | 100% |
| Total | 18 | 9 | - 50% | 13 | 6 | - 53,8% | 16 | 13 | 81,3% |

CONCLUSÃO

- Os cuidados prestados pelo EF favorecem o acompanhamento das famílias com elementos adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 quando se baseiam na utilização de instrumentos e modelos de avaliação e intervenção familiar, no estabelecimento de uma parceria colaborativa e na valorização das forças, recursos e competências familiares;
- O facto de terem sido encontrados poucos estudos, publicados ou não, relacionados com o problema abordado, e nenhum no domínio específico da ESF, reforça a necessidade de ser realizada mais investigação nesta área.

OBRIGADA A TODOS PELA ATENÇÃO!



APÊNDICE IV - Estratégia de Pesquisa e Identificação dos Estudos

Serviço de Pesquisa

Ola, está como anônimo, registre-se para acesso.

Nova pesquisa Publicações Preferências Idioma Ajuda

Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Di Seleccione um Campo (opcional) Pesquisar Pesquisa no Mapa de conceitos

AND Seleccione um Campo (opcional) Limpar

AND Seleccione um Campo (opcional)

Pesquisa Básica Pesquisa Avançada Histórico de Pesquisas

Refinar Resultados Resultados da Pesquisa 1 - 40 de 40 Relevância Opções de Página

Pesquisa Atual

Booleana/Frase: Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellit us AND Family A...

Limitadores

Texto Integral Data de Publicação: 20180101-20231231

Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.

1. Physical and psychological health of carers of young people with first episode psychosis.

(English) ; Abstract available. By: Poon AWC; Curtis J; Ward P; Loneragan C; Lappin J, Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [Australas Psychiatry], ISSN: 1440-1665, 2018 Apr, Vol. 26 (2), pp. 184-188; Publisher: Sage; PMID: 29334229; Base de dados: MEDLINE

Assuntos: Caregivers psychology, Diabetes Mellitus, Type 2 epidemiology, Diabetes Mellitus, Type 2 etiology, Family; Hypertension epidemiology, Hypertension etiology, Overweight epidemiology, Overweight etiology; Psychotic Disorders nursing; Stress, Psychological epidemiology; Stress, Psychological etiology; Adolescent; Adult; Caregivers statistics & numerical data; Female; Humans; Male; Middle Aged; Psychotic Disorders epidemiology; Young Adult

EBSCOhost A pesquisar: CINAHL Complete, Mostrar todos Escolha as Bases de Dados

Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Di Seleccione um Campo (opcional) Pesquisar

AND Seleccione um Campo (opcional) Limpar

AND Seleccione um Campo (opcional)

Pesquisa Básica Pesquisa Avançada Histórico de Pesquisas

Refinar Resultados Resultados da Pesquisa 1 - 20 de 29 Data mais recente Opções de Página Partilhar

Pesquisa Atual

Booleana/Frase: Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellit us AND Family A...

Limitadores

Texto Integral Data de Publicação: 20180101-20231231

Restringir a

Texto Integral Referências Disponíveis Analisado pelos Pares

1. The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review.

(English) ; Abstract available. By: Choi S; Shin H, Child health nursing research [Child Health Nurs Res], ISSN: 2287-9129, 2023 Jul, Vol. 29 (3), pp. 166-181; Publisher: Korean Academy of Child Health Nursing; PMID: 37554085; Base de dados: MEDLINE Complete

This study examined the literature concerning the burdens of parents of preschool-aged children diagnosed with type 1 diabetes mellitus.

Assuntos: Diabetes Mellitus, Type 1 Nursing; Parents Psychosocial Factors; Caregiver Burden Evaluation; Child, Preschool: 2-5 years

2. The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review.

(includes abstract) Sunyeob Choi; Hyewon Shin Child Health Nursing Research, Jul2023; 29(3): 166-181. 16p. (Journal Article - research, systematic review, tables/charts) ISSN: 2287-9110; Base de dados: CINAHL Complete

Purpose: This study examined the literature concerning the burdens of parents of preschool-aged children diagnosed with type 1 diabetes mellitus. Methods: We employed an integrative review method...

Assuntos: Diabetes Mellitus, Type 1 Nursing; Parents Psychosocial Factors; Caregiver Burden Evaluation; Child, Preschool: 2-5 years

An official website of the United States government Here's how you know

NIH National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information

PubMed Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Ni Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sort by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS 21 results Page 1 of 3

RESULTS BY YEAR

2018 2023

TEXT AVAILABILITY

Abstract Free full text Full text

Filters applied: Free full text, in the last 5 years, English, Portuguese, Spanish. Clear all

1. Diabetes knowledge, risk perception, and quality of life among South Asian caregivers in young adulthood.

Cite Koipuram A, Carroll S, Punthakee Z, Sherifali D. BMJ Open Diabetes Res Care. 2020 Nov;8(2):e001268. doi: 10.1136/bmjdr-2020-001268. PMID: 33168524 Free PMC article.

INTRODUCTION: Persons of South Asian descent have a higher prevalence of type 2 diabetes mellitus (T2DM). The management of T2DM in the South Asian community has required the support of adult children, potentially impacting the quality of life. diabetes ...

2. Chronic wounds in persons living with dementia: An integrative review.

Cite Sefcik JS, McLaurin EJ, Bass EJ, DiMaria-Ghalili RA. Int J Older People Nurs. 2022 May;17(3):e12447. doi: 10.1111/oon.12447. Epub 2022 Jan 18.

16 de dezembro de 2023

RCAAP | Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

Encontrados 4 documentos, a visualizar página 1 de 1

Pequisa efectuada por **Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Nurs***

Ordenado por **Relevância**

Ordenado por: Relevância | Ordem: Descendente | Atualizar

4 Resultados

Texto Pesquisado

Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabete

Atualizar

Refinar resultados

Autor

- Teixeira, Cláudia (1)
- Dias, Albertina (1)
- Pires, Anabela dos Santos (1)
- Simões, Ana Margarida (1)
- Baggio, Simone Cristina (1)

Ver mais opções

Data

- 2018 (1)
- 2016 (1)
- 2013 (1)
- 2020 (1)

Tipo de Documento

- Documentos de pesquisa (2)

16 de dezembro de 2023

SciELO

Caregivers AND (Adult OR Aged) AND Diabetes mellitus AND Family AND Nurs*

Todos os índices

Buscar

Adicionar outro campo +

Histórico de busca

Resultados: 1

Ordenar por: Publicação - Mais novos primeiro

Página 1 de 1

Selecionar esta página | Imprimir | Enviar por e-mail | Exportar | Compartilhar

1 itens selecionados

1. A educação para a saúde na diabetes mellitus: determinante fundamental na gestão e controlo dinâmico das implicações da doença

Batista, Irene; Cunha, Madalena; Dias, Albertina; Simões, Ana Margarida; Teixeira, Cláudia

Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health Jun 2020, Nº esp5 Páginas 247 - 259

Resumo > EN > ES > PT | Texto: EN ES PT | PDF: EN | PDF: ES | PDF: PT

https://doi.org/10.29352/mill0205e27.00278

Exibindo 15 itens por página

Página 1 de 1

Filtros

Coleções

- Todos
- Portugal 1

Periódico

- Todos
- Millenium - Journal of Educ... 1

APÊNDICE V - Seleção dos Estudos

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|--|----------|----------|---|
| B1 | Poon, A. W. C., Curtis, J., Ward., P., Loneragan, C. & Lappin, J. (2018). Physical and psychological health of carers of young people with first episode psychosis. <i>Australasian psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> , 26 (2), páginas 184-188. doi 10.1177/1039856217748250 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B2 | Iversen, A. S., Graue, M., Haugstvedt, A. & Råheim, M. (2018). Being mothers and fathers of a child with type 1 diabetes aged 1 to 7 years: a phenomenological study of parents' experiences. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</i> , 13 (1), páginas 1-9. doi 10.1080/17482631.2018.1487758 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B3 | Coser, A., Sittner, K. J., Walls, M. L. & Handeland, T. (2018). Caregiving stress among American Indians with type 2 diabetes: the importance of awareness of connectedness and family support. <i>Journal of Family Nursing</i> , 24 (4), páginas 621-639. doi 10.1177/1074840718810550 | | X | <u>Texto integral</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B4 | Bendixen, B. E., Kirkevold, M., Graue, M. & Haltbakk, J. (2018). Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32 (2), páginas 805-814. doi 10.1111/scs.12511 | X | | |
| B5 | Bennich, B. B., Munch, L., Overgaard, D., Konradsen, H., Knop, F. K., Røder, M., Vilsbøll, T. & Egerod, I. (2020). Experience of family function, family involvement, and self-management in adult patients with type 2 diabetes: a thematic analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 76 (2), páginas 621-631. doi 10.1111/jan.14256 | | X | <u>Resumo</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B6 | Barichello, A., Scaratti, M., Argenta, C. & Zanatta, E. A. (2022). Vivências de familiares de adolescentes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 1: convivência, cuidados e mudanças. <i>Revista Baiana de Enfermagem</i> , 36, páginas 1-13. doi 10.18471/rbe.v36.46696 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B7 | Hançerlioğlu, S., Toygar, I., Ayhan, A., Yılmaz, I., Orhan, Y., Özdemir, G. S., Şimşir, I. Y. & Çetinkalp, S. (2023). Burden of diabetic foot patients' caregivers and affecting factors: a cross-sectional study. <i>The International Journal of Lower Extremity Wounds</i> , 22 (4), páginas 680-686. doi 10.1177/15347346211036530 | | X | <u>Resumo</u> : realizado noutro contexto que não os CSP |
| B8 | Choi, S. & Shin, H. (2023). The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review. <i>Child Health Nursing Research</i> , 29 (3), páginas 166-181. doi 10.4094/chnr.2023.29.3.166 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B9 | Northwood, M., Shah, A. Q., Abeygunawardena, C., Garnett, A. & Schumacher, C. (2023). Care coordination of older adults with diabetes: a scoping review. <i>Canadian Journal of Diabetes</i> , 47 (3), páginas 272-286. doi 10.1016/j.cjcd.2022.11.004 | | X | <u>Título</u> : estudo secundário |
| B10 | Sangsaikaew, A., Junsevg, K., Thong-On, R. & Pilayon, B. (2022). Perceived factors contributing to the care provided by informal (family) and formal caregivers of older adults with noncommunicable diseases in rural communities: a qualitative focus group study. <i>Journal of Education and Health Promotion</i> , 11 (228), páginas 1-8. | | X | <u>Texto integral</u> : não identifica expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|--|----------|----------|---|
| | doi 10.4103/jehp.jehp_1104_21 | | | prestar |
| B11 | Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P. & Johnson, M. (2018). Psychometric testing of the family-carer diabetes management self-efficacy scale. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 26 (2), páginas 214-223. doi 10.1111/hsc.12511 | | X | <u>Texto integral</u> : realizado noutro contexto que não os CSP |
| B12 | Ida, S., Kaneko, R., Imataka, K., Okubo, K., Shirakura, Y., Azuma, K. ... Murata, K. (2020). Preparation, reliability, and validity of a Japanese version of the "satisfaction of treatment among caregivers of dependent type 2 diabetic patients" questionnaire. <i>Journal of Diabetes Research</i> , 2020, páginas 1-7. doi 10.1155/2020/4960130 | | X | <u>Resumo</u> : realizado noutro contexto que não os CSP |
| B13 | Tong, H., Qiu, F. & Fan, L. (2022). Characterising common challenges faced by parental caregivers of children with type 1 diabetes mellitus in mainland China: a qualitative study. <i>BMJ Open</i> , 12 (1), páginas 1-9. doi 10.1136/bmjopen-2021-048763 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B14 | Diriba, D. C., Leung, D. Y. P. & Suen, L. K. P. (2023). Effects of family-based diabetes self-management education and support programme on support behaviour amongst adults with type 2 diabetes in Western Ethiopia. <i>Scientific Reports</i> , 13 (1), páginas 1-9. doi 10.1038/s41598-023-48049-w | | X | <u>Texto integral</u> : realizado noutro contexto que não os CSP |
| B15 | Diriba, D. C., Suen, L. K. P. & Leung, D. Y. P. (2023). Effects of a culturally tailored, family-supported, community-based self management education and support programme on clinical outcomes among adults with type 2 diabetes in Western Ethiopia: a pilot randomised controlled trial. <i>Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association</i> , 40 (8). doi 10.1111/dme.15094 | | X | <u>Resumo</u> : não identifica expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar |
| B16 | Britton, L. E., Kaur, G., Zork, N., Marshall, C. J. & George, M. (2023). 'We tend to prioritise others and forget ourselves': how women's caregiving responsibilities can facilitate or impede diabetes self-management. <i>Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association</i> , 40 (3), páginas 1-16. doi 10.1111/dme.15030 | | X | <u>Resumo</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B17 | Stacey, A. F., Gill, T. K., Price, K. & Taylor, A. W. (2019). Biomedical health profiles of unpaid family carers in an urban population in South Australia. <i>PloS One</i> , 14 (3), páginas 1-17. doi 10.1371/journal.pone.0208434 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B18 | Yous, M. L., Ganann, R., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Northwood, M., Fisher, K. ... ACHRU-CPP Research Team (2023). Older adults' experiences and perceived impacts of the Aging, Community and Health Research Unit-Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for diabetes self-management in Canada: a qualitative descriptive study. <i>BMJ Open</i> , 13 (4), páginas 1-10. doi 10.1136/bmjopen-2022-068694 | | X | <u>Texto integral</u> : não identifica expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar |
| B19 | Whitley, D. M. & Fuller-Thomson, E. (2018). Latino solo grandparents raising grandchildren: health risks and behaviors. <i>Hispanic Health Care International: the Official Journal of the National Association of Hispanic Nurses</i> , 16 (1), páginas 11-19. doi 10.1177/1540415318757219 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B20 | Sangsaikaew, A., Junsevg, K., Thong-On, R. & Pilayon, B. (2022). Perceived factors contributing to the care provi- | | X | <u>Duplicado</u> |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|--|----------|----------|--|
| | ded by informal (family) and formal caregivers of older adults with noncommunicable diseases in rural communities: a qualitative focus group study. <i>Journal of Education and Health Promotion</i> , 11 (228), páginas 1-8. doi 10.4103/jehp.jehp_1104_21 | | | |
| B21 | Ida, S., Kaneko, R., Imataka, K., Okubo, K., Shirakura, Y., Azuma, K. ... Murata, K. (2020). Preparation, reliability, and validity of a Japanese version of the “satisfaction of treatment among caregivers of dependent type 2 diabetic patients” questionnaire. <i>Journal of Diabetes Research</i> , 2020, páginas 1-7. doi 10.1155/2020/4960130 | | X | <u>Duplicado</u> |
| B22 | Haslund-Thomsen, H., Hasselbalch, L. A. & Laugesen, B. (2020). Parental experiences of continuous glucose monitoring in Danish children with type 1 diabetes mellitus. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 53, páginas 149-155. doi 10.1016/j.pedn.2020.03.010 | | X | <u>Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2</u> |
| B23 | Diriba, D. C., Leung, D. Y. P. & Suen, L. K. P. (2021). A nurse-led, community-based self management program for people living with type 2 diabetes in Western Ethiopia: a feasibility and pilot study protocol. <i>Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association</i> , 38 (8), páginas 1-8. doi 10.1111/dme.14587 | | X | <u>Título: não identifica expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar</u> |
| B24 | Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Fisher, K., Ganann, R., Blais, J. ... ACHRU-CPP Research Team (2022). The Aging, Community and Health Research Unit Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for older adults with diabetes and multiple chronic conditions: study protocol for a randomized controlled trial. <i>BMC Geriatrics</i> , 22 (1), páginas 1-22. doi 10.1186/s12877-021-02651-7 | | X | <u>Título: não identifica expetativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar</u> |
| B25 | Lee, J. K., McCutcheon, L. R. M., Fazel, M. T., Cooley, J. H. & Slack, M. K. (2021). Assessment of interprofessional collaborative practices and outcomes in adults with diabetes and hypertension in primary care: a systematic review and meta-analysis. <i>JAMA Network Open</i> , 4 (2), páginas 1-19. doi 10.1001/jamanetworkopen.2020.36725 | | X | <u>Título: estudo secundário</u> |
| B26 | Gregory, J. W., Townson, J., Channon, S., Cohen, D., Longo, M., Davies, J. ... Lowes, L. (2019). Effectiveness of home or hospital initiation of treatment at diagnosis for children with type 1 diabetes (DECIDE trial): a multicentre individually randomised controlled trial. <i>BMJ Open</i> , 9 (12), páginas 1-13. doi 10.1136/bmjopen-2019-032317 | | X | <u>Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2</u> |
| B27 | Du, Y., Paiva, K., Cebula, A., Kim, S., Lopez, K., Li, C. ... Wang, J. (2020). Diabetes-related topics in an online forum for caregivers of individuals living with Alzheimer disease and related dementias: qualitative inquiry. <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 22 (7), páginas 1-13. doi 10.2196/17851 | | X | <u>Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2</u> |
| B28 | Charron-Prochownik, D., Sereika, S. M., Stotz, S. A., Fischl, A. F., O'Banion, N., Powell, J. ... Moore, K. R. (2019). 822-P: Awareness, knowledge, and health beliefs of American Indian/Alaska native (AIAN) girls and their mothers regarding risk reduction of gestational diabetes mellitus (GDM). <i>Diabetes</i> , 68 (Supplement 1), páginas 1-20. doi 10.2337/db19-822-P | | X | <u>Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2</u> |
| B29 | Malherbe, A., Verdun, S., Brenière, V., Luquel, L., Jourdan, M. & Harboun, M. (2022). COVID-19 prevalence in UNVI group nursing homes and multilevel geriatric hospitals: epidemiological study of immunological status with rapid serological tests for diagnostic guidance and | | X | <u>Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos</u> |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|---|----------|----------|---|
| | follow up. <i>The Journal of Nutrition, Health & Aging</i> , 26 (5), páginas 477-484. doi 10.1007/s12603-022-1780-1 | | | dependentes com DM tipo 2 |
| B30 | Tajalifar, M., Hayati, M. & Mirkouhi, M. G. (2021). The effectiveness of group logo therapy on self-belief and feelings of worthlessness in the elderly with type II diabetes. <i>Aging Psychology</i> , 6 (4), páginas 399-383. doi 10.22126/jap.2021.5871.1482 | | X | <u>Resumo</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B31 | Arabiati, D., Al Jabery, M. & Whitehead, L. (2020). A concept analysis of psychological distress in parents related to diabetes management in children and adolescents. <i>Journal for Specialists in Pediatric Nursing: JSPN</i> , 25 (3), páginas 1-20. doi 10.1111/jspn.12287 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B32 | Batista, I., Cunha, M., Dias, A., Simões, A. M. & Teixeira, C. (2020). A educação para a saúde na diabetes mellitus: determinante fundamental na gestão e controlo dinâmico das implicações da doença. <i>Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health</i> , 2 (5e), páginas 247-259. doi 10.29352/mill0205e.27.00278 | | X | <u>Resumo</u> : realizado nouro contexto que não os CSP |
| B33 | Sabbah, M. M., Hjazeen, A. A. & Arabiat, D. (2023). Adherence to diabetes management among school-aged children and adolescents living with type 1 diabetes in Jordan. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 74, páginas 110-115. doi 10.1016/j.pedn.2023.11.021 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B34 | Choi, S. & Shin, H. (2023). The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review. <i>Child Health Nursing Research</i> , 29 (3), páginas 166-181. doi 10.4094/chnr.2023.29.3.166 | | X | <u>Duplicado</u> |
| B35 | Timsina, M. K., Peltzer, J. N., Pokharel, Y., Peterson, J. M., Schwartz, L. J. & LeMaster, J. W. (2022). Understanding medication adherence in Bhutanese refugees with diabetes in a Midwestern city. <i>Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society</i> , 33 (3), páginas 324-333. doi 10.1177/10436596221077671 | X | | |
| B36 | Wang, Y., You, H. X. & Luo, B. R. (2020). Exploring the breastfeeding knowledge level and its influencing factors of pregnant women with gestational diabetes mellitus. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 20 (1), páginas 1-9. doi 10.1186/s12884-020-03430-9 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B37 | Moghadam, Y. H., Zeinaly, Z. & Alhani, F. (2022). How mothers of a child with type 1 diabetes cope with the burden of care: a qualitative study. <i>BMC Endocrine Disorders</i> , 22 (1), páginas 1-8. doi 10.1186/s12902-022-01045-z | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B38 | El Sayed, A. E. H. I., Said, M. T., Mohsen, O., Abozied, A. M. & Salama, M. (2023). Falls and associated risk factors in a sample of old age population in Egyptian community. <i>Frontiers in Public Health</i> , 11, páginas 1-9. doi 10.3389/fpubh.2023.1068314 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B39 | Hershey, J. A., Morone, J., Lipman, T. H. & Hawkes, C. P. (2021). Social determinants of health, goals and outcomes in high-risk children with type 1 diabetes. <i>Cana-</i> | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|---|----------|----------|---|
| | <i>dian Journal of Diabetes</i> , 45 (5), páginas 444-450. doi 10.1016/j.jcjd.2021.02.005 | | | adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| B40 | Piotrowski, N. A. (2023). <i>Extended Care for Older Adults</i> . Retrieved from https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ers&AN=89093403&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site | | X | Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E1 | Choi, S. & Shin, H. (2023). The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review. <i>Child Health Nursing Research</i> , 29 (3), páginas 166-181. doi 10.4094/chnr.2023.29.3.166 | | X | Duplicado |
| E2 | Choi, S. & Shin, H. (2023). The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review. <i>Child Health Nursing Research</i> , 29 (3), páginas 166-181. doi 10.4094/chnr.2023.29.3.166 | | X | Duplicado |
| E3 | Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Fisher, K., Ganann, R., Blais, J. ... ACHRU-CPP Research Team (2022). The Aging, Community and Health Research Unit Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for older adults with diabetes and multiple chronic conditions: study protocol for a randomized controlled trial. <i>BMC Geriatrics</i> , 22 (1), páginas 1-22. doi 10.1186/s12877-021-02651-7 | | X | Duplicado |
| E4 | Malherbe, A., Verdun, S., Brenière, V., Luquel, L., Jourdan, M. & Harboun, M. (2022). COVID-19 prevalence in UNIVI group nursing homes and multilevel geriatric hospitals: epidemiological study of immunological status with rapid serological tests for diagnostic guidance and follow up. <i>The Journal of Nutrition, Health & Aging</i> , 26 (5), páginas 477-484. doi 10.1007/s12603-022-1780-1 | | X | Duplicado |
| E5 | Barichello, A., Scaratti, M., Argenta, C. & Zanatta, E. A. (2022). Vivências de familiares de adolescentes diagnosticados com diabetes mellitus tipo 1: convivência, cuidados e mudanças. <i>Revista Baiana de Enfermagem</i> , 36, páginas 1-13. doi 10.18471/rbe.v36.46696 | | X | Duplicado |
| E6 | Roupa, Z., Kalopita, E., Koulouri, A., Charalambous, C., Diamantidou, V. & Vasilopoulos, A. (2021). An investigation of the diabetic patient or its caregivers knowledge levels regarding the diabetic foot management. <i>International Journal of Caring Sciences</i> , 14 (2), páginas 1028-1033. Retrieved from https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24_vasilopoylos_original_14_2.pdf | | X | Resumo: realizado noutra contexto que não os CSP |
| E7 | Du, Y., Paiva, K., Cebula, A., Kim, S., Lopez, K., Li, C. ... Wang, J. (2020). Diabetes-related topics in an online forum for caregivers of individuals living with Alzheimer disease and related dementias: qualitative inquiry. <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 22 (7), páginas 1-13. doi 10.2196/17851 | | X | Duplicado |
| E8 | Imataka, K., Okubo, K., Shirakura, Y., Azuma, K., Fujiwara, R., Takahashi, H. & Murata, K. (2020). Preparation, reliability, and validity of a Japanese version of the "satisfaction of treatment among caregivers of dependent type 2 diabetic patients" questionnaire. <i>Journal of Diabetes Research</i> , 2020, páginas 1-7. doi 10.1155/2020/4960130 | | X | Duplicado |
| E9 | Velázquez, M. S. G. & Knopfler, S. C. (2020). Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos comunidades. <i>Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo</i> , 22. doi 10.11144/Javeriana.ie22.pcpd | | X | Texto integral: não identifica expetativas dos CI quanto aos cuidados de |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|--|----------|----------|--|
| | | | | enfermagem a prestar |
| E10 | Bendixen, B. E., Kirkevold, M., Graue, M. & Haltbakk, J. (2018). Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32 (2), páginas 805-814. doi 10.1111/scs.12511 | | X | <u>Duplicado</u> |
| E11 | Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P. & Johnson, M. (2018). Psychometric testing of the family-carer diabetes management self-efficacy scale. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 26 (2), páginas 214-223. doi 10.1111/hsc.12511 | | X | <u>Duplicado</u> |
| E12 | Oehler, M. & Psouni, E. (2019). "Partner in prime"? Effects of repeated mobile security priming on attachment security and perceived stress in daily life. <i>Attachment & Human Development</i> , 21 (6), páginas 638-657. doi 10.1080/14616734.2018.1517811 | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E13 | Borg, B., Mhrshahi, S., Griffin, M., Sok, D., Chhoun, C., Lailou, A. & Wieringa, F. T. (2019). Acceptability of locally-produced ready-to-use supplementary food (RUSF) for children under two years in Cambodia: A cluster randomised trial. <i>Maternal & Child Nutrition</i> , 15 (3), páginas 1-13. doi 10.1111/mcn.12780 | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E14 | Larsen, I. G., Oestergaard, L. G., Thomsen, L. M., Nielsen, C. V. & Schiøttz-Christensen, B. (2019). Effect of adding lay-tutors to the educational part of a back school programme for patients with subacute, non-specific low back pain: a randomized controlled clinical trial with a two-year follow-up. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 51 (9), páginas 698-704. doi 10.2340/16501977-2584 | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E15 | Abebe, B. T., Weiss, M., Modess, C., Roustom, T., Tadken, T., Wegner, D. ... Siegmund, W. (2019). Effects of the P-glycoprotein inhibitor clarithromycin on the pharmacokinetics of intravenous and oral trespium chloride: a 4-way crossover drug-drug interaction study in healthy subjects. <i>Journal of Clinical Pharmacology</i> , 59 (10), páginas 1319-1330. doi 10.1002/jcph.1421 | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E16 | Nakamura, K., Kihata, A., Naraba, H., Kanda, N., Takahashi, Y., Sonoo, T., Hashimoto, H. & Morimura, N. (2019). Efficacy of belt electrode skeletal muscle electrical stimulation on reducing the rate of muscle volume loss in critically ill patients: a randomized controlled trial. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 51 (9), páginas 705-711. doi 10.2340/16501977-2594 | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E17 | Esposito-Smythers, C., Wolff, J. C., Liu, R. T., Hunt, J. I., Adams, L., Kim, K. ... Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines</i> , 60 (10), páginas 1133-1141. doi 10.1111/jcpp.13095 | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E18 | Nadkarni, A., Weiss, H. A., Velleman, R., McCambridge, J., McDaid, D., Park, A. L. ... Patel, V. (2019). Feasibility, acceptability and cost-effectiveness of a brief, lay counsellor-delivered psychological treatment for men with alcohol dependence in primary care: an exploratory randomized controlled trial. <i>Addiction</i> , 114 (7), páginas 1192-1203. doi 10.1111/add.14630 | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E19 | Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H. ... Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus | | X | <u>Título: não inclui</u> CI de elementos da família |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|---|----------|----------|--|
| | enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines</i> , 60 (10), páginas 1112-1122. doi 10.1111/jcpp.13077 | | | adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E20 | Suo, D. M., Liu, L. L., Jia, K., Zhang, L. J., Li, L. M., Wang, J. ... Yang, L. (2019). Multidisciplinary rehabilitation for adults with neuromyelitis optica spectrum disorders: a pilot study. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 51 (9), páginas 692-697. doi 10.2340/16501977-2587 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E21 | Zwakman, M., Weldam, S. W. M., Vervoort, S. C. J. M., Lammers, J. J. & Schuurmans, M. J. (2019). Patients' perspectives on the COPD-GRIP intervention, a new nursing care intervention for COPD. <i>BMC Family Practice</i> , 20 (1), páginas 1-8. doi 10.1186/s12875-019-0957-0 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E22 | Boyd, R. C., Price, J., Mogul, M., Yates, T. & Guevara, J. P. (2019). Pilot RCT of a social media parenting intervention for postpartum mothers with depression symptoms. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> , 37 (3), páginas 290-301. doi 10.1080/02646838.2018.1556788 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E23 | Adrian, M., McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Korslund, K., Avina, C., Gallop, R. & Linehan, M. M. (2019). Predictors and moderators of recurring self-harm in adolescents participating in a comparative treatment trial of psychological interventions. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines</i> , 60 (10), páginas 1123-1132. doi 10.1111/jcpp.13099 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E24 | Voos, N., Kaiser, L., Mahoney, M. C., Bradizza, C. M., Kozlowski, L. T., Benowitz, N. L., O'Connor, R. J. & Goniewicz, M. L. (2019). Randomized within-subject trial to evaluate smokers' initial perceptions, subjective effects and nicotine delivery across six vaporized nicotine products. <i>Addiction</i> , 114 (7), páginas 1236-1248. doi 10.1111/add.14602 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E25 | Van der Aar, E., Desrivot, J., Dupont, S., Heckmann, B., Fieuw, A., Stutvoet, S. ... Helmer, E. (2019). Safety, pharmacokinetics, and pharmacodynamics of the autotaxin inhibitor GLPG1690 in healthy subjects: phase 1 randomized trials. <i>Journal of Clinical Pharmacology</i> , 59 (10), páginas 1366-1378. doi 10.1002/jcph.1424 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E26 | Soucy, I., Provencher, M. D., Fortier, M. & McFadden, T. (2019). Secondary outcomes of the guided self-help behavioral activation and physical activity for depression trial. <i>Journal of Mental Health</i> , 28 (4), páginas 410-418. doi 10.1080/09638237.2018.1466031 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E27 | Williams, D. P., Joseph, N., Hill, L. K., Sollers, J. J., Vasey, M. W., Way, B. M., Koenig, J. & Thayer, J. F. (2019). Stereotype threat, trait perseveration, and vagal activity: evidence for mechanisms underpinning health disparities in Black Americans. <i>Ethnicity & Health</i> , 24 (8), páginas 909-926. doi 10.1080/13557858.2017.1378803 | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E28 | Jimenez, D. E., Thomas, L. & Bartels, S. J. (2019). The role of serious mental illness in motivation, participation and adoption of health behavior change among obese/sedentary Latino adults. <i>Ethnicity & Health</i> , 24 (8), | | X | <u>Título:</u> não inclui CI de elementos da família adultos ou |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|--|----------|----------|--|
| | páginas 889-896. doi 10.1080/13557858.2017.1390552 | | | idosos dependentes com DM tipo 2 |
| E29 | Bitter, N., Roeg, D., Van Nieuwenhuizen, C. & Van Weeghel, J. (2019). Training professionals in a recovery-oriented methodology: a mixed method evaluation. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 33 (2), páginas 457-466. doi 10.1111/scs.12644 | | X | Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| P1 | Koipuram, A., Carroll, S., Punthakee, Z. & Sherifali, D. (2020). Diabetes knowledge, risk perception, and quality of life among South Asian caregivers in young adulthood. <i>BMJ Open Diabetes Research and Care</i> , 8, páginas 1-8. doi 10.1136/bmjdr-2020-001268 | | X | Texto integral: não identifica expectativas dos CI quanto aos cuidados de enfermagem a prestar |
| P2 | Sefcik, J. S., McLaurin, E. J., Bass, E. J. & DiMaria-Ghalili, R. A. (2022). Chronic wounds in persons living with dementia: an integrative review. <i>International Journal of Older People Nursing</i> , 17 (3), páginas 1-29. doi 10.1111/opn.12447 | | X | Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| P3 | Tong, H., Qiu, F. & Fan, L. (2022). Characterising common challenges faced by parental caregivers of children with type 1 diabetes mellitus in mainland China: a qualitative study. <i>BMJ Open</i> , 12 (1), páginas 1-9. doi 10.1136/bmjopen-2021-048763 | | X | Duplicado |
| P4 | Du, Y., Paiva, K., Cebula, A., Kim, S., Lopez, K., Li, C. ... Wang, J. (2020). Diabetes-related topics in an online forum for caregivers of individuals living with Alzheimer disease and related dementias: qualitative inquiry. <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 22 (7), páginas 1-13. doi 10.2196/17851 | | X | Duplicado |
| P5 | Wang, Y., You, H. X. & Luo, B. R. (2020). Exploring the breastfeeding knowledge level and its influencing factors of pregnant women with gestational diabetes mellitus. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 20 (1), páginas 1-9. doi 10.1186/s12884-020-03430-9 | | X | Duplicado |
| P6 | Sangsaikaew, A., Junsevg, K., Thong-On, R. & Pilayon, B. (2022). Perceived factors contributing to the care provided by informal (family) and formal caregivers of older adults with noncommunicable diseases in rural communities: a qualitative focus group study. <i>Journal of Education and Health Promotion</i> , 11 (228), páginas 1-8. doi 10.4103/jehp.jehp_1104_21 | | X | Duplicado |
| P7 | Northwood, M., Shah, A. Q., Abeygunawardena, C., Garnett, A. & Schumacher, C. (2023). Care coordination of older adults with diabetes: a scoping review. <i>Canadian Journal of Diabetes</i> , 47 (3), páginas 272-286. doi 10.1016/j.jcjd.2022.11.004 | | X | Duplicado |
| P8 | Diriba, D. C., Leung, D. Y. P. & Suen, L. K. P. (2023). Effects of family-based diabetes self-management education and support programme on support behaviour amongst adults with type 2 diabetes in Western Ethiopia. <i>Scientific Reports</i> , 13 (1), páginas 1-9. doi 10.1038/s41598-023-48049-w | | X | Duplicado |
| P9 | Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Fisher, K., Ganann, R., Blais, J. ... ACHRU-CPP Research Team (2022). The Aging, Community and Health Research Unit Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for older adults with diabetes and multiple chronic conditions: study protocol for a randomized controlled trial. <i>BMC Geriatrics</i> , | | X | Duplicado |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|--|----------|----------|---|
| | 22 (1), páginas 1-22. doi 10.1186/s12877-021-02651-7 | | | |
| P10 | Lee, J. K., McCutcheon, L. R. M., Fazel, M. T., Cooley, J. H. & Slack, M. K. (2021). Assessment of interprofessional collaborative practices and outcomes in adults with diabetes and hypertension in primary care: a systematic review and meta-analysis. <i>JAMA Network Open</i> , 4 (2), páginas 1-19. doi 10.1001/jamanetworkopen.2020.36725 | | X | Duplicado |
| P11 | Moghadam, Y. H., Zeinaly, Z. & Alhani, F. (2022). How mothers of a child with type 1 diabetes cope with the burden of care: a qualitative study. <i>BMC Endocrine Disorders</i> , 22 (1), páginas 1-8. doi 10.1186/s12902-022-01045-z | | X | Duplicado |
| P12 | Nishikawa, Y., Hiroshima, N., Fukahori, H., Ota, E., Mizuno, A., Miyashita, M., Yoneoka, D. & Kwong, J. S. (2020). Advance care planning for adults with heart failure. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2 (2), páginas 1-73. doi 10.1002/14651858.CD013022.pub2 | | X | Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| P13 | El Sayed, A. E. H. I., Said, M. T., Mohsen, O., Abozied, A. M. & Salama, M. (2023). Falls and associated risk factors in a sample of old age population in Egyptian community. <i>Frontiers in Public Health</i> , 11, páginas 1-9. doi 10.3389/fpubh.2023.1068314 | | X | Duplicado |
| P14 | Britton, L. E., Kaur, G., Zork, N., Marshall, C. J. & George, M. (2023). 'We tend to prioritise others and forget ourselves': how women's caregiving responsibilities can facilitate or impede diabetes self-management. <i>Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association</i> , 40 (3), páginas 1-16. doi 10.1111/dme.15030 | | X | Duplicado |
| P15 | Yous, M. L., Ganann, R., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Northwood, M., Fisher, K. ... ACHRU-CPP Research Team (2023). Older adults' experiences and perceived impacts of the Aging, Community and Health Research Unit-Community Partnership Program (ACHRU-CPP) for diabetes self-management in Canada: a qualitative descriptive study. <i>BMJ Open</i> , 13 (4), páginas 1-10. doi 10.1136/bmjopen-2022-068694 | | X | Duplicado |
| P16 | Ida, S., Kaneko, R., Imataka, K., Okubo, K., Shirakura, Y., Azuma, K. ... Murata, K. (2020). Preparation, Reliability, and Validity of a Japanese Version of the "Satisfaction of Treatment among Caregivers of Dependent Type 2 Diabetic Patients" Questionnaire. <i>Journal of Diabetes Research</i> , 2020, páginas 1-7. doi 10.1155/2020/4960130 | | X | Duplicado |
| P17 | Yi-Frazier, J. P., Senturia, K., Wright, D. R., Lind, C. & Malik, F. S. (2022). The clock is ticking: parental stress around emerging adulthood for adolescents with type 1 diabetes. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 62, páginas 164-170. doi 10.1016/j.pedn.2021.07.012 | | X | Título: não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| P18 | Choi, S. & Shin, H. (2023). The burdens faced by parents of preschoolers with type 1 diabetes mellitus: an integrative review. <i>Child Health Nursing Research</i> , 29 (3), páginas 166-181. doi 10.4094/chnr.2023.29.3.166 | | X | Duplicado |
| P19 | Gregory, J. W., Townson, J., Channon, S., Cohen, D., Longo, M., Davies, J. ... Lowes, L. (2019). Effectiveness of home or hospital initiation of treatment at diagnosis for children with type 1 diabetes (DECIDE trial): a multicentre individually randomised controlled trial. <i>BMJ Open</i> , 9 (12), páginas 1-13. doi 10.1136/bmjopen-2019-032317 | | X | Duplicado |
| P20 | Malherbe, A., Verdun, S., Brenière, V., Luquel, L., Jourdan, M. & Harboun, M. (2022). COVID-19 prevalence in UNIVI group nursing homes and multilevel geriatric | | X | Duplicado |

| Estudo | Referência bibliográfica | Inclusão | Exclusão | Critério |
|--------|--|----------|----------|---|
| | hospitals: epidemiological study of immunological status with rapid serological tests for diagnostic guidance and follow up. <i>The Journal of Nutrition, Health & Aging</i> , 26 (5), páginas 477-484. doi 10.1007/s12603-022-1780-1 | | | |
| P21 | Siddiqui, M. S., Carbone, S., Vincent, R., Patel, S., Driscoll, C., Celi, F. S. ... Bhati, C. S. (2019). Prevalence and severity of nonalcoholic fatty liver disease among caregivers of patients with nonalcoholic fatty liver disease cirrhosis. <i>Clinical Gastroenterology and Hepatology: the Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association</i> , 17 (10), páginas 2132-2133. doi 10.1016/j.cgh.2018.11.008 | | X | <u>Título</u> : não inclui CI de elementos da família adultos ou idosos dependentes com DM tipo 2 |
| R1 | Baggio, S. C. (2010). <i>Vivendo e Convivendo com o Diabetes Mellitus</i> . Universidade Estadual de Maringá. Retrieved from http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/2471/1/000184773.pdf | | X | <u>Resumo</u> : publicado antes de 2018 |
| R2 | Batista, I., Cunha, M., Dias, A., Simões, A. M. & Teixeira, C. (2020). A educação para a saúde na diabetes mellitus: determinante fundamental na gestão e controlo dinâmico das implicações da doença. <i>Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health</i> , 2 (5e), páginas 247-259. doi 10.29352/mill0205e.27.00278 | | X | <u>Duplicado</u> |
| S1 | Batista, I., Cunha, M., Dias, A., Simões, A. M. & Teixeira, C. (2020). A educação para a saúde na diabetes mellitus: determinante fundamental na gestão e controlo dinâmico das implicações da doença. <i>Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health</i> , 2 (5e), páginas 247-259. doi 10.29352/mill0205e.27.00278 | | X | <u>Duplicado</u> |

APÊNDICE VI - Instrumentos de Avaliação da Família 1

Escala de Graffar adaptada preenchida:

| Graus | Profissão | Instrução | Origem do rendimento familiar | Tipo de habitação | Local de residência | Pontuação | | | Posição social |
|-------|---|--|---|---|---|-------------|-------------|-------------|--------------------------|
| | | | | | | Com 5 itens | Com 4 itens | Com 3 itens | |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Grandes 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 | <ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento | <ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas ou propriedades - Heranças - Rendimentos de profissionais de elevado nível | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso, com máximo de conforto | <ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante | 5 ↑ | 4 ↑ | 3 | I CLASSE ALTA |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 do ensino básico - Professores do ensino secundário - Professores universitários (sem doutoramento) | <ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou curso superior com duração ≤ 3 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável | <ul style="list-style-type: none"> - Bom local | 10 ↑ | 8 ↑ | 4 ↑ | II CLASSE MÉDIA ALTA |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos industriais e comerciantes - Quadros médios: chefes de secção - Empregado de escritório (grau superior) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados | <ul style="list-style-type: none"> - 12º ano ou mais anos de escolaridade | <ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais | <ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia | 14 ↑ | 11 ↑ | 7 ↑ | III CLASSE MÉDIA |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos agricultores/tendeiros - Empregado de escritório (grau inferior) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados de nível inferior | <ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ salário mínimo nacional - Pensionistas ou reformados - Vencimentos incertos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro social/operário - Zona antiga | 18 ↑ | 14 ↑ | 10 ↑ | IV CLASSE MÉDIA BAIXA |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores | <ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG | <ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente | 22 ↑ | 17 ↑ | 13 ↑ | V CLASSE BAIXA |

Fonte: adaptado de Graffar, 1956, por Amaro, 2001, as cited in Figueiredo, 2012

Escala de Barthel aplicada ao elemento B:

| Item | Pontuação | |
|-------------------------|--|----|
| Alimentação | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferências | Independente | 15 |
| | Precisa de alguma ajuda | 10 |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 |
| | Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 |
| Toalete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Utilização do sanitário | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 |
| | Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | 10 |
| | Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | 5 |
| | Imóvel | 0 |
| Subir e descer escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 |
| | Precisa de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente | 10 |
| | Com ajuda | 5 |
| | Impossível | 0 |
| Controlo intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 |
| | Acidente ocasional | 5 |
| | Dependente ou precisa de uso de clisteres | 0 |
| Controlo urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |
| | Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) | 5 |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 |
| Total | | 10 |

Avaliação:

100: independência total

91 a 99: dependência ligeira

61 a 90: dependência moderada

21 a 60: dependência grave

0 a 20: dependência total

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

Escala de Barthel aplicada aos elementos H, I, N e O:

| Item | Pontuação | |
|-------------------------|--|------------|
| | | |
| Alimentação | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferências | Independente | 15 |
| | Precisa de alguma ajuda | 10 |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 |
| | Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 |
| Toalete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Utilização do sanitário | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 |
| | Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | 10 |
| | Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | 5 |
| | Imóvel | 0 |
| Subir e descer escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 |
| | Precisa de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente | 10 |
| | Com ajuda | 5 |
| | Impossível | 0 |
| Controlo intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 |
| | Acidente ocasional | 5 |
| | Dependente ou precisa de uso de clisteres | 0 |
| Controlo urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |
| | Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) | 5 |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 |
| Total | | 100 |

Avaliação:

100: independência total

91 a 99: dependência ligeira

61 a 90: dependência moderada

21 a 60: dependência grave

0 a 20: dependência total

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

Escala de Morse aplicada ao elemento B:

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

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

Escala de Morse aplicada ao elemento H:

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

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

Escala de Morse aplicada aos elementos I, N e O:

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

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

Escala de Braden aplicada ao elemento B:

| Item | Pontuação | | |
|---|----------------------------|---|---|
| Perceção sensorial (Capacidade de reação significativa ao desconforto) | Completamente limitada | Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo. | 1 |
| | Muito limitada | Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto. | 4 |
| Humidade (Nível de exposição da pele à humidade) | Pele constantemente húmida | A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado. | 1 |
| | Pele muito húmida | A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos 1 vez por turno. | 2 |
| | Pele ocasionalmente húmida | A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente 1 vez por dia. | 3 |
| | Pele raramente húmida | A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais. | 4 |
| Atividade (Nível de atividade física) | Acamado | O doente está confinado à cama. | 1 |
| | Sentado | Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas. | 2 |
| | Anda ocasionalmente | Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado. | 3 |
| | Anda frequentemente | Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de 2 em 2 horas durante o período em que está acordado. | 4 |
| Mobilidade (Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo) | Completamente imobilizado | Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda. | 1 |
| | Muito limitada | Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda. | 4 |
| Nutrição (Alimentação habitual) | Muito pobre | Nunca come 1 refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma 1 suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de 5 dias. | 1 |
| | Provavelmente inadequada | Raramente come 1 refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma 1 suplemento dietético. OU | 2 |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|--|----|
| | | Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. | |
| | Adequada | Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa 1 refeição, mas toma geralmente 1 suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. | 3 |
| | Excelente | Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa 1 refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos. | 4 |
| Fricção e forças de deslizamento | Problema | Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante. | 1 |
| | Problema potencial | Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai. | 2 |
| | Nenhum problema | Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira. | 3 |
| Total | | | 13 |

Avaliação:

0 a 16: alto risco

17 a 23: baixo risco

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

APGAR Familiar de Smilkstein preenchido:

| | APGAR | Quase sempre 2 | Algumas vezes 1 | Quase nunca 0 |
|-------|---|-------------------|--------------------|------------------|
| 1 | Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | | X | |
| 2 | Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema. | X | | |
| 3 | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida. | X | | |
| 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 | | |
| 5 | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | X | | |
| Total | | 9 | | |

Avaliação:

7 a 10: família altamente funcional

4 a 6: família com moderada disfunção

0 a 3: família com disfunção acentuada

Fonte: Figueiredo, 2012

Escala de readaptação social de Holmes e Rahe preenchida:

| | Acontecimento | Valor médio |
|----|---|--------------------|
| 1 | Morte de cônjuge | 100 |
| 2 | Divórcio | 73 |
| 3 | Separação conjugal | 65 |
| 4 | Saída da cadeia | 63 |
| 5 | Morte de um familiar próximo | 53 |
| 6 | Acidente ou doença grave | 53 |
| 7 | Casamento | 50 |
| 8 | Despedimento | 47 |
| 9 | Reconciliação conjugal | 45 |
| 10 | Reforma | 45 |
| 11 | Doença grave de família | 44 |
| 12 | Gravidez | 40 |
| 13 | Problemas sexuais | 39 |
| 14 | Aumento do agregado familiar | 39 |
| 15 | Readaptação profissional | 39 |
| 16 | Mudança da situação económica | 38 |
| 17 | Morte de um amigo íntimo | 37 |
| 18 | Mudança no tipo de trabalho | 36 |
| 19 | Alteração do número de discussões com cônjuge | 35 |
| 20 | Contrair um grande empréstimo | 31 |
| 21 | Acabar de fazer um grande empréstimo | 30 |
| 22 | Mudança de responsabilidade no trabalho | 29 |
| 23 | Filho que abandona o lar | 29 |
| 24 | Dificuldades com a família do cônjuge | 29 |
| 25 | Acentuado sucesso pessoal | 27 |
| 26 | Cônjuge que inicia/termina emprego | 26 |
| 27 | Início ou fim de escolaridade | 26 |
| 28 | Mudança nas condições de vida | 25 |
| 29 | Alteração dos hábitos pessoais | 24 |
| 30 | Problemas com o patrão | 23 |
| 31 | Mudança de condições ou hábitos de trabalho | 20 |
| 32 | Mudança de residência | 20 |
| 33 | Mudança de escola | 19 |
| 34 | Mudança de diversões | 19 |
| 35 | Mudança de atividades religiosas | 19 |
| 36 | Mudança de atividades sociais | 18 |
| 37 | Contrair uma pequena dívida | 17 |
| 38 | Mudança nos hábitos de sono | 16 |
| 39 | Mudança no número de reuniões familiares | 15 |
| 40 | Mudança nos hábitos alimentares | 15 |
| 41 | Férias | 13 |
| 42 | Natal | 12 |
| 43 | Pequenas transgressões à lei | 11 |
| | Total | 68 |

Avaliação:

Devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de 1 ano.

| Pontuação | Probabilidade de adoecer |
|------------------|---|
| 150-200 | Menor probabilidade de incidência de doenças |
| 200-300 | 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica |
| > 300 pontos | 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática |

Fonte: Figueiredo, 2012

Escala de Zarit preenchida:

| | | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Bastantes vezes | Quase sempre |
|----|--|-------|-------------|----------|-----------------|--------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa? | | | X | | |
| 2 | Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a? | | | X | | |
| 3 | Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão? | X | | | | |
| 4 | Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta? | | | X | | |
| 5 | Sente-se irritado quando está com o seu familiar? | | X | | | |
| 6 | Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa? | X | | | | |
| 7 | Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro? | | | | X | |
| 8 | Sente que o seu familiar está dependente de si? | | | | | X |
| 9 | Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar? | X | | | | |
| 10 | Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar? | | | X | | |
| 11 | Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar? | | | | X | |
| 12 | Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar? | X | | | | |
| 13 | Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar? | X | | | | |
| 14 | Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender? | | | | | X |
| 15 | Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas? | | | | X | |
| 16 | Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | X | | | | |
| 17 | Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu? | | X | | | |
| 18 | Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa? | X | | | | |
| 19 | Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar? | | | X | | |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | | | | X | |
| 21 | Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar? | | | X | | |
| 22 | Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar? | | | X | | |

Avaliação:

O *score* é obtido pela soma das pontuações dos itens.

| Fatores | Itens | Total |
|-------------------|-----------------------|--------------|
| Perda de controlo | 7, 15, 16, 17, 19 | 9 |
| Sacrifício | 9, 10, 11, 12, 13, 18 | 5 |
| Dependência | 1, 2, 3, 8, 14 | 12 |
| Receio/angústia | 4, 5, 6 | 3 |
| Auto-crítica | 20, 21 | 5 |
| Total | | 34 |

| Score | Sobrecarga |
|--------------|------------------------------|
| ≤ 21 | Ausência de sobrecarga |
| 21-40 | Sobrecarga moderada |
| 41-60 | Sobrecarga moderada a severa |
| ≥ 61 | Sobrecarga severa |

Fonte: Ferreira et al., 2010

APÊNDICE VII - Instrumentos de Avaliação da Família 2

Escala de Graffar adaptada preenchida:

| Graus | Profissão | Instrução | Origem do rendimento familiar | Tipo de habitação | Local de residência | Pontuação | | | Posição social |
|-------|--|--|---|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | | Com 5 itens | Com 4 itens | Com 3 itens | |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Grandes 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 | <ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento | <ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas ou propriedades - Heranças - Rendimentos de profissionais de elevado nível | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso, com máximo de conforto | <ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante | <ul style="list-style-type: none"> 5 ↑ 4 ↑ ↓ 7 ↓ 9 | <ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ ↓ 7 | <ul style="list-style-type: none"> 3 | <ul style="list-style-type: none"> I CLASSE ALTA |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 do ensino básico - Professores do ensino secundário - Professores universitários (sem doutoramento) | <ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou curso superior com duração ≤ 3 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável | <ul style="list-style-type: none"> - Bom local | <ul style="list-style-type: none"> 10 ↑ ↓ 13 | <ul style="list-style-type: none"> 8 ↑ ↓ 10 | <ul style="list-style-type: none"> 4 ↑ ↓ 6 | <ul style="list-style-type: none"> II CLASSE MÉDIA ALTA |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos industriais e comerciantes - Quadros médios: chefes de secção - Empregado de escritório (grau superior) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados | <ul style="list-style-type: none"> - 12º ano - 9 ou mais anos de escolaridade | <ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais | <ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia | <ul style="list-style-type: none"> 14 ↑ ↓ 17 | <ul style="list-style-type: none"> 11 ↑ ↓ 13 | <ul style="list-style-type: none"> 7 ↑ ↓ 9 | <ul style="list-style-type: none"> II CLASSE MÉDIA |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos agricultores/rendeiros - Empregado de escritório (grau inferior) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados de nível inferior | <ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ mínimo nacional - Pensionistas ou reformados - Vencimentos incertos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro social/operário - Zona antiga | <ul style="list-style-type: none"> 18 ↑ ↓ 21 | <ul style="list-style-type: none"> 14 ↑ ↓ 16 | <ul style="list-style-type: none"> 10 ↑ ↓ 12 | <ul style="list-style-type: none"> IV CLASSE MÉDIA BAIXA |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores | <ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG | <ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente | <ul style="list-style-type: none"> 22 ↑ ↓ 25 | <ul style="list-style-type: none"> 17 ↑ ↓ 20 | <ul style="list-style-type: none"> 13 ↑ ↓ 15 | <ul style="list-style-type: none"> V CLASSE BAIXA |

Fonte: adaptado de Graffar, 1956, por Amaro, 2001, as cited in Figueiredo, 2012

Escala de Barthel aplicada ao elemento A:

| Item | Pontuação | |
|-------------------------|--|------------|
| | | |
| Alimentação | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferências | Independente | 15 |
| | Precisa de alguma ajuda | 10 |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 |
| | Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 |
| Toalete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Utilização do sanitário | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 |
| | Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | 10 |
| | Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | 5 |
| | Imóvel | 0 |
| Subir e descer escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 |
| | Precisa de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente | 10 |
| | Com ajuda | 5 |
| | Impossível | 0 |
| Controlo intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 |
| | Acidente ocasional | 5 |
| | Dependente ou precisa de uso de clisteres | 0 |
| Controlo urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |
| | Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) | 5 |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 |
| Total | | 100 |

Avaliação:

100: independência total

91 a 99: dependência ligeira

61 a 90: dependência moderada

21 a 60: dependência grave

0 a 20: dependência total

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

Escala de Barthel aplicada ao elemento B:

| Item | Pontuação | |
|-------------------------|--|----|
| Alimentação | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferências | Independente | 15 |
| | Precisa de alguma ajuda | 10 |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 |
| | Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 |
| Toalete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Utilização do sanitário | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 |
| | Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | 10 |
| | Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | 5 |
| | Imóvel | 0 |
| Subir e descer escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 |
| | Precisa de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente | 10 |
| | Com ajuda | 5 |
| | Impossível | 0 |
| Controlo intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 |
| | Acidente ocasional | 5 |
| | Dependente ou precisa de uso de clisteres | 0 |
| Controlo urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |
| | Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) | 5 |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 |
| Total | | 55 |

Avaliação:

100: independência total

91 a 99: dependência ligeira

61 a 90: dependência moderada

21 a 60: dependência grave

0 a 20: dependência total

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

Escala de Morse aplicada ao elemento A:

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

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

Escala de Morse aplicada ao elemento B:

| Item | Pontuação | |
|--|--|-----------|
| Historial de quedas neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses | Não | 0 |
| | Sim | 25 |
| Diagnóstico(s) secundário(s) | Não | 0 |
| | Sim | 15 |
| Ajuda para caminhar | Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas | 0 |
| | Muletas/canadianas/bengala/andarilho | 15 |
| | Apoia-se no mobiliário para andar | 30 |
| Terapia intravenosa | Não | 0 |
| | Sim | 20 |
| Postura no andar e na transferência | Normal/acamado/imóvel | 0 |
| | Debilidade | 10 |
| | Dependente de ajuda | 20 |
| Estado mental | Consciente das suas capacidades | 0 |
| | Esquece-se das suas limitações | 15 |
| Total | | 55 |

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

Escala de Braden aplicada ao elemento B:

| Item | Pontuação | | |
|---|----------------------------|---|---|
| Perceção sensorial (Capacidade de reação significativa ao desconforto) | Completamente limitada | Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo. | 1 |
| | Muito limitada | Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto. | 4 |
| Humidade (Nível de exposição da pele à humidade) | Pele constantemente húmida | A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado. | 1 |
| | Pele muito húmida | A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos 1 vez por turno. | 2 |
| | Pele ocasionalmente húmida | A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente 1 vez por dia. | 3 |
| | Pele raramente húmida | A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais. | 4 |
| Atividade (Nível de atividade física) | Acamado | O doente está confinado à cama. | 1 |
| | Sentado | Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas. | 2 |
| | Anda ocasionalmente | Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado. | 3 |
| | Anda frequentemente | Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de 2 em 2 horas durante o período em que está acordado. | 4 |
| Mobilidade (Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo) | Completamente imobilizado | Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda. | 1 |
| | Muito limitada | Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda. | 4 |
| Nutrição (Alimentação habitual) | Muito pobre | Nunca come 1 refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma 1 suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de 5 dias. | 1 |
| | Provavelmente inadequada | Raramente come 1 refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma 1 suplemento dietético. OU | 2 |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|--|----|
| | | Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. | |
| | Adequada | Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa 1 refeição, mas toma geralmente 1 suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. | 3 |
| | Excelente | Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa 1 refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos. | 4 |
| Fricção e forças de deslizamento | Problema | Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante. | 1 |
| | Problema potencial | Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai. | 2 |
| | Nenhum problema | Movimenta-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira. | 3 |
| Total | | | 19 |

Avaliação:

0 a 16: alto risco

17 a 23: baixo risco

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

APGAR Familiar de Smilkstein preenchido:

| | APGAR | Quase sempre 2 | Algumas vezes 1 | Quase nunca 0 |
|-------|---|-------------------|--------------------|------------------|
| 1 | Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | X | | |
| 2 | Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema. | | X | |
| 3 | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida. | X | | |
| 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 | |
| 5 | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | X | | |
| Total | | 8 | | |

Avaliação:

7 a 10: família altamente funcional

4 a 6: família com moderada disfunção

0 a 3: família com disfunção acentuada

Fonte: Figueiredo, 2012

Escala de readaptação social de Holmes e Rahe preenchida:

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

Avaliação:

Devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de 1 ano.

| Pontuação | Probabilidade de adoecer |
|------------------|---|
| 150-200 | Menor probabilidade de incidência de doenças |
| 200-300 | 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica |
| > 300 pontos | 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática |

Fonte: Figueiredo, 2012

Escala de Zarit preenchida:

| | | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Bastantes vezes | Quase sempre |
|----|--|-------|-------------|----------|-----------------|--------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa? | | | X | | |
| 2 | Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a? | | | X | | |
| 3 | Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão? | | | | X | |
| 4 | Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta? | | | X | | |
| 5 | Sente-se irritado quando está com o seu familiar? | | X | | | |
| 6 | Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa? | X | | | | |
| 7 | Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro? | | | X | | |
| 8 | Sente que o seu familiar está dependente de si? | | | | | X |
| 9 | Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar? | X | | | | |
| 10 | Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar? | | X | | | |
| 11 | Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar? | X | | | | |
| 12 | Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar? | | X | | | |
| 13 | Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar? | X | | | | |
| 14 | Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender? | | | | X | |
| 15 | Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas? | X | | | | |
| 16 | Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | X | | | | |
| 17 | Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu? | | X | | | |
| 18 | Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa? | X | | | | |
| 19 | Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar? | | | | X | |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | | | | X | |
| 21 | Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar? | | | X | | |
| 22 | Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar? | | | X | | |

Avaliação:

O score é obtido pela soma das pontuações dos itens.

| Fatores | Itens | Total |
|-------------------|-----------------------|--------------|
| Perda de controlo | 7, 15, 16, 17, 19 | 6 |
| Sacrifício | 9, 10, 11, 12, 13, 18 | 2 |
| Dependência | 1, 2, 3, 8, 14 | 14 |
| Receio/angústia | 4, 5, 6 | 3 |
| Auto-crítica | 20, 21 | 5 |
| Total | | 30 |

| Score | Sobrecarga |
|--------------|------------------------------|
| ≤ 21 | Ausência de sobrecarga |
| 21-40 | Sobrecarga moderada |
| 41-60 | Sobrecarga moderada a severa |
| ≥ 61 | Sobrecarga severa |

Fonte: Ferreira et al., 2010

APÊNDICE VIII - Instrumentos de Avaliação da Família 3

Escala de Graffar adaptada preenchida:

| Graus | Profissão | Instrução | Origem do rendimento familiar | Tipo de habitação | Local de residência | Pontuação | | | Posição social |
|-------|---|--|--|---|---|-------------|-------------|-------------|--------------------------|
| | | | | | | Com 5 itens | Com 4 itens | Com 3 itens | |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Grandes industriais e comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Profissionais universitários (com doutoramento) - Brigadeiro/general/marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos | <ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento | <ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas ou propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso, com máximo de conforto | <ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante | 5 ↑ | 4 ↑ | 3 | I CLASSE ALTA |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - 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 do ensino básico - Professores do ensino secundário - Professores universitários (sem doutoramento) | <ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou curso superior com duração ≤ 3 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável | <ul style="list-style-type: none"> - Bom local | 10 ↑ | 8 ↑ | 4 ↑ | II CLASSE MÉDIA ALTA |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos industriais e comerciantes - Quadros médios: chefes de secção - Empregado de escritório (grau superior) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados | <ul style="list-style-type: none"> - 12º ano - 9 ou mais anos de escolaridade | <ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais | <ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia | 14 ↑ | 11 ↑ | 7 ↑ | III CLASSE MÉDIA |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Pequenos agricultores/rendeiros - Empregado de escritório (grau inferior) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados de nível inferior | <ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ mínimo nacional - Pensionistas ou reformados - Vencimentos incertos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro social/operário - Zona antiga | 18 ↑ | 14 ↑ | 10 ↑ | IV CLASSE MÉDIA BAIXA |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores | <ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RIMG | <ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente | 22 ↑ | 17 ↑ | 13 ↑ | V CLASSE BAIXA |

Fonte: adaptado de Graffar, 1956, por Amaro, 2001, as cited in Figueiredo, 2012

Escala de Barthel aplicada ao elemento A:

| Item | Pontuação | |
|-------------------------|--|----|
| Alimentação | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferências | Independente | 15 |
| | Precisa de alguma ajuda | 10 |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 |
| | Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 |
| Toalete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Utilização do sanitário | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 |
| | Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | 10 |
| | Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | 5 |
| | Imóvel | 0 |
| Subir e descer escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 |
| | Precisa de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente | 10 |
| | Com ajuda | 5 |
| | Impossível | 0 |
| Controlo intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 |
| | Acidente ocasional | 5 |
| | Dependente ou precisa de uso de clisteres | 0 |
| Controlo urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |
| | Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) | 5 |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 |
| Total | | 50 |

Avaliação:

100: independência total

91 a 99: dependência ligeira

61 a 90: dependência moderada

21 a 60: dependência grave

0 a 20: dependência total

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

Escala de Barthel aplicada ao elemento B:

| Item | Pontuação | |
|-------------------------|--|----|
| | | |
| Alimentação | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferências | Independente | 15 |
| | Precisa de alguma ajuda | 10 |
| | Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | 5 |
| | Dependente, não tem equilíbrio sentado | 0 |
| Toalete | Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Utilização do sanitário | Independente | 10 |
| | Precisa de alguma ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | 5 |
| | Dependente, necessita de alguma ajuda | 0 |
| Mobilidade | Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | 15 |
| | Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | 10 |
| | Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | 5 |
| | Imóvel | 0 |
| Subir e descer escadas | Independente, com ou sem ajudas técnicas | 10 |
| | Precisa de ajuda | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente | 10 |
| | Com ajuda | 5 |
| | Impossível | 0 |
| Controlo intestinal | Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | 10 |
| | Acidente ocasional | 5 |
| | Dependente ou precisa de uso de clisteres | 0 |
| Controlo urinário | Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |
| | Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) | 5 |
| | Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | 0 |
| Total | | 95 |

Avaliação:

100: independência total

91 a 99: dependência ligeira

61 a 90: dependência moderada

21 a 60: dependência grave

0 a 20: dependência total

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

Escala de Morse aplicada ao elemento A:

| Item | Pontuação | |
|--|--|-----------|
| Historial de quedas neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses | Não | 0 |
| | Sim | 25 |
| Diagnóstico(s) secundário(s) | Não | 0 |
| | Sim | 15 |
| Ajuda para caminhar | Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas | 0 |
| | Muletas/canadianas/bengala/andarilho | 15 |
| | Apoia-se no mobiliário para andar | 30 |
| Terapia intravenosa | Não | 0 |
| | Sim | 20 |
| Postura no andar e na transferência | Normal/acamado/imóvel | 0 |
| | Debilidado | 10 |
| | Dependente de ajuda | 20 |
| Estado mental | Consciente das suas capacidades | 0 |
| | Esquece-se das suas limitações | 15 |
| Total | | 35 |

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

Escala de Morse aplicada ao elemento B:

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

Avaliação:

0 a 24 pontos: sem risco

25 a 50 pontos: baixo risco

51 a 125 pontos: alto risco

Fonte: Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014; DGS, 2019; SClínico

Escala de Braden aplicada ao elemento A:

| Item | Pontuação | | |
|---|----------------------------|--|---|
| Perceção sensorial (Capacidade de reação significativa ao desconforto) | Completamente limitada | Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo. | 1 |
| | Muito limitada | Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto. | 4 |
| Humidade (Nível de exposição da pele à humidade) | Pele constantemente húmida | A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado. | 1 |
| | Pele muito húmida | A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos 1 vez por turno. | 2 |
| | Pele ocasionalmente húmida | A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente 1 vez por dia. | 3 |
| | Pele raramente húmida | A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais. | 4 |
| Atividade (Nível de atividade física) | Acamado | O doente está confinado à cama. | 1 |
| | Sentado | Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas. | 2 |
| | Anda ocasionalmente | Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado. | 3 |
| | Anda frequentemente | Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de 2 em 2 horas durante o período em que está acordado. | 4 |
| Mobilidade (Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo) | Completamente imobilizado | Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda. | 1 |
| | Muito limitada | Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho. | 2 |
| | Ligeiramente limitada | Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda. | 3 |
| | Nenhuma limitação | Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda. | 4 |
| Nutrição (Alimentação habitual) | Muito pobre | Nunca come 1 refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma 1 suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de 5 dias. | 1 |
| | Provavelmente inadequada | Raramente come 1 refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma 1 suplemento dietético. OU | 2 |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|--|----|
| | | Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. | |
| | Adequada | Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa 1 refeição, mas toma geralmente 1 suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. | 3 |
| | Excelente | Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa 1 refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos. | 4 |
| Fricção e forças de deslizamento | Problema | Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante. | 1 |
| | Problema potencial | Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai. | 2 |
| | Nenhum problema | Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira. | 3 |
| Total | | | 16 |

Avaliação:

0 a 16: alto risco

17 a 23: baixo risco

Fonte: Apóstolo, 2012; SClínico

APGAR Familiar de Smilkstein preenchido:

| | APGAR | Quase sempre 2 | Algumas vezes 1 | Quase nunca 0 |
|-------|---|-------------------|--------------------|------------------|
| 1 | Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | | X | |
| 2 | Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema. | X | | |
| 3 | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida. | X | | |
| 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 | | |
| 5 | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | X | | |
| Total | | 9 | | |

Avaliação:

7 a 10: família altamente funcional

4 a 6: família com moderada disfunção

0 a 3: família com disfunção acentuada

Fonte: Figueiredo, 2012

Escala de readaptação social de Holmes e Rahe preenchida:

| | Acontecimento | Valor médio |
|----|---|--------------------|
| 1 | Morte de cônjuge | 100 |
| 2 | Divórcio | 73 |
| 3 | Separação conjugal | 65 |
| 4 | Saída da cadeia | 63 |
| 5 | Morte de um familiar próximo | 53 |
| 6 | Acidente ou doença grave | 53 |
| 7 | Casamento | 50 |
| 8 | Despedimento | 47 |
| 9 | Reconciliação conjugal | 45 |
| 10 | Reforma | 45 |
| 11 | Doença grave de família | 44 |
| 12 | Gravidez | 40 |
| 13 | Problemas sexuais | 39 |
| 14 | Aumento do agregado familiar | 39 |
| 15 | Readaptação profissional | 39 |
| 16 | Mudança da situação económica | 38 |
| 17 | Morte de um amigo íntimo | 37 |
| 18 | Mudança no tipo de trabalho | 36 |
| 19 | Alteração do número de discussões com cônjuge | 35 |
| 20 | Contrair um grande empréstimo | 31 |
| 21 | Acabar de fazer um grande empréstimo | 30 |
| 22 | Mudança de responsabilidade no trabalho | 29 |
| 23 | Filho que abandona o lar | 29 |
| 24 | Dificuldades com a família do cônjuge | 29 |
| 25 | Acentuado sucesso pessoal | 27 |
| 26 | Cônjuge que inicia/termina emprego | 26 |
| 27 | Início ou fim de escolaridade | 26 |
| 28 | Mudança nas condições de vida | 25 |
| 29 | Alteração dos hábitos pessoais | 24 |
| 30 | Problemas com o patrão | 23 |
| 31 | Mudança de condições ou hábitos de trabalho | 20 |
| 32 | Mudança de residência | 20 |
| 33 | Mudança de escola | 19 |
| 34 | Mudança de diversões | 19 |
| 35 | Mudança de atividades religiosas | 19 |
| 36 | Mudança de atividades sociais | 18 |
| 37 | Contrair uma pequena dívida | 17 |
| 38 | Mudança nos hábitos de sono | 16 |
| 39 | Mudança no número de reuniões familiares | 15 |
| 40 | Mudança nos hábitos alimentares | 15 |
| 41 | Férias | 13 |
| 42 | Natal | 12 |
| 43 | Pequenas transgressões à lei | 11 |
| | Total | 68 |

Avaliação:

Devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de 1 ano.

| Pontuação | Probabilidade de adoecer |
|------------------|---|
| 150-200 | Menor probabilidade de incidência de doenças |
| 200-300 | 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica |
| > 300 pontos | 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática |

Fonte: Figueiredo, 2012

Escala de Zarit preenchida:

| | | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Bastantes vezes | Quase sempre |
|----|--|-------|-------------|----------|-----------------|--------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa? | | | X | | |
| 2 | Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a? | | | X | | |
| 3 | Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão? | | | X | | |
| 4 | Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta? | | X | | | |
| 5 | Sente-se irritado quando está com o seu familiar? | | X | | | |
| 6 | Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa? | X | | | | |
| 7 | Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro? | | | | X | |
| 8 | Sente que o seu familiar está dependente de si? | | | | | X |
| 9 | Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar? | X | | | | |
| 10 | Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar? | | | | X | |
| 11 | Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar? | X | | | | |
| 12 | Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar? | | X | | | |
| 13 | Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar? | X | | | | |
| 14 | Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender? | | | | X | |
| 15 | Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas? | | X | | | |
| 16 | Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo? | | | | X | |
| 17 | Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu? | | X | | | |
| 18 | Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa? | | | X | | |
| 19 | Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar? | | | | X | |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? | | X | | | |
| 21 | Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar? | | X | | | |
| 22 | Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar? | | | X | | |

Avaliação:

O score é obtido pela soma das pontuações dos itens.

| Fatores | Itens | Total |
|-------------------|-----------------------|-------|
| Perda de controlo | 7, 15, 16, 17, 19 | 11 |
| Sacrifício | 9, 10, 11, 12, 13, 18 | 6 |
| Dependência | 1, 2, 3, 8, 14 | 13 |
| Receio/angústia | 4, 5, 6 | 2 |
| Auto-crítica | 20, 21 | 2 |
| Total | | 34 |

| Score | Sobrecarga |
|-------|------------------------------|
| ≤ 21 | Ausência de sobrecarga |
| 21-40 | Sobrecarga moderada |
| 41-60 | Sobrecarga moderada a severa |
| ≥ 61 | Sobrecarga severa |

Fonte: Ferreira et al., 2010

APÊNDICE IX - Planos de Cuidados

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 | | | | |
|----------------------|---------------------|---|--|---|-----------------------------|--|-----------------------------|---|
| DIAGNÓSTICO 1 | Stressores | - Conhecimento do CI sobre medidas de prevenção de eritema pelas fraldas não demonstrado; - Pessoa dependente com eritema pelas fraldas. | - Conhecimento do CI sobre medidas de prevenção de complicações das úlceras venosas não demonstrado; - Pessoa dependente com úlceras venosas em ambas as pernas. | - Conhecimento do CI sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão não demonstrado; - Pessoa dependente com úlcera de pressão no calcanhar direito. | | | | |
| | Diagnóstico | Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de eritema pelas fraldas não demonstrado | Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações da úlcera venosa não demonstrado | Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão não demonstrado | | | | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o CI demonstre conhecimento sobre medidas de prevenção de eritema pelas fraldas. | - Que o CI demonstre conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações das úlceras venosas. | - Que o CI demonstre conhecimento sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão. | | | | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | Prevenção secundária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | Prevenção secundária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção terciária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de eritema pelas fraldas. | Prevenção secundária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações das úlceras venosas. | Prevenção terciária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão; - Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar a pessoa dependente a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão; - Treinar técnica de posicionamento. | Prevenção secundária | - Incentivar a pessoa dependente a mobilizar-se; - Promover o uso de meias elásticas. | Prevenção secundária | - Incentivar a pessoa dependente a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão; - Treinar técnica de posicionamento. |
| | Avaliação | | - CI demonstra conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações das úlceras venosas; - Pessoa dependente com úlcera venosa na perna esquerda cicatrizada e úlcera venosa na perna direita com evolução positiva. | - CI demonstra conhecimento sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão; - Pessoa dependente com úlcera de pressão no calcanhar direito cicatrizada. | | | | |

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 | | | | |
|----------------------|---------------------|---|---|---|---------------------------|--|-----------------------------|---|
| DIAGNÓSTICO 2 | Stressores | - Conhecimento do CI sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão não demonstrado; - Pessoa dependente com úlcera de pressão no calcanhar direito. | - Conhecimento do CI sobre regime dietético adequado para a pessoa com DM tipo 2 não demonstrado. | - Sobrecarga do CI em grau moderado (escala de Zarit). | | | | |
| | Diagnóstico | Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão não demonstrado | Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado não demonstrado | Sobrecarga por stresse do prestador de cuidados, em grau moderado | | | | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o CI demonstre conhecimento sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão. | - Que o CI demonstre conhecimento sobre regime dietético adequado para a pessoa com DM tipo 2. | - Que o grau de sobrecarga do CI não aumente. | | | | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | Prevenção primária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | Prevenção secundária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção terciária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão; - Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão. | Prevenção primária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado; - Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de complicações. | Prevenção secundária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação ao papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre recursos da comunidade. |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar a pessoa dependente a posicionar-se; - Promover o uso de dispositivos para alívio da zona de pressão; - Treinar técnica de posicionamento. | Prevenção primária | - Incentivar hábitos alimentares saudáveis; - Planear a dieta com o prestador de cuidados. | Prevenção secundária | - Incentivar o descanso; - Incentivar o prestador de cuidados a iniciar relações dinâmicas com grupos de suporte; - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Promover o envolvimento da família; - Orientar o prestador de cuidados para recursos da comunidade. |

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 | |
|---------------|--------------------|---|---|--|---|
| DIAGNÓSTICO 3 | Avaliação | - CI demonstra conhecimento sobre medidas de prevenção de úlceras de pressão; - Pessoa dependente mantém úlcera de pressão no calcanhar direito. | - CI demonstra conhecimento sobre regime dietético adequado para a pessoa com DM tipo 2. | - CI mantém sobrecarga em grau moderado. | |
| | Stressores | - Sobrelotação do edifício residencial (casa com 1 quarto para 5 pessoas); - Falta de privacidade. | - Sobrecarga do CI em grau moderado (escala de Zarit). | - | |
| | Diagnóstico | Edifício residencial não adequado | Sobrecarga por stresse do prestador de cuidados, em grau moderado | - | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o edifício residencial seja adequado; - Que a família conheça os riscos de edifício residencial não adequado. | - Que o grau de sobrecarga do CI não aumente. | - | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária - Apoiar a família; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | Prevenção secundária - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | - |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção primária - Ensinar sobre riscos de edifício residencial sobrelotado. | Prevenção secundária - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação ao papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre recursos da comunidade. | - |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária - Promover a privacidade; - Orientar para serviços sociais. | Prevenção secundária - Incentivar o descanso; - Incentivar o prestador de cuidados a iniciar relações dinâmicas com grupos de suporte; - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Promover o envolvimento da família; - Orientar o prestador de cuidados para re- | - |

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 |
|----------------------|---------------------|---|--|-----------|
| | | | cursos da comunidade. | - |
| | Avaliação | - Família continua a residir em edifício residencial não adequado; - Família demonstra conhecimento sobre riscos de edifício residencial não adequado. | - CI mantém sobrecarga em grau moderado. | - |
| DIAGNÓSTICO 4 | Stressores | - Tipo de habitação grau 4 (escala de Graffar). | - | - |
| | Diagnóstico | Edifício residencial não seguro | - | - |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o edifício residencial seja seguro; - Que a família conheça os riscos de edifício residencial não seguro. | - | - |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo Prevenção secundária | - Apoiar a família; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | - |
| | | Domínio cognitivo Prevenção primária | - Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro. | - |
| | | Domínio comportamental Prevenção secundária | - Orientar para serviços sociais. | - |
| | Avaliação | - Família continua a residir em edifício residencial não seguro; - Família demonstra conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro. | - | - |
| DIAGNÓSTICO 5 | Stressores | - Conhecimento sobre cuidado doméstico não demonstrado (casa desarrumada e com pouco conforto). | - | - |
| | Diagnóstico | Edifício residencial negligenciado | - | - |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o edifício residencial não seja negligenciado; - Que a família demonstre conhecimento sobre cuidado doméstico. | - | - |

| | | Família 1 | | Família 2 | Família 3 | |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------------|--|--|-----------|---|
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar a família; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | - | - |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção primária | - Ensinar sobre riscos de edifício residencial negligenciado. | - | - |
| | | | Prevenção secundária | - Ensinar sobre cuidado doméstico; - Ensinar sobre governo da casa. | - | - |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Incentivar a iniciativa; - Promover o cuidado doméstico; - Promover o governo da casa. | - | - |
| | Avaliação | | - Edifício residencial não negligenciado; - Família demonstra conhecimento sobre cuidado doméstico. | - | - | |
| OBJETIVOS DIAGNÓSTICO 6 | Stressores | | - Rendimento insuficiente para as despesas familiares. | - | - | |
| | Diagnóstico | | Rendimento familiar insuficiente | - | - | |
| | Objetivos | | - Que o rendimento seja suficiente para as despesas familiares. | - | - | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo | Prevenção secundária | - Apoiar a família; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | - | - |
| | | Domínio cognitivo | Prevenção secundária | - Ensinar sobre gestão do rendimento familiar. | - | - |
| | | Domínio comportamental | Prevenção secundária | - Promover a gestão do rendimento familiar; - Orientar para serviços sociais. | - | - |
| | Avaliação | | - Família mantém rendimento insuficiente para as despesas familiares. | - | - | |

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 | |
|----------------------|---------------------|--|---|-----------|---|
| DIAGNÓSTICO 7 | Stressores | - Sobrecarga do CI em grau moderado (escala de Zarit). | - | - | |
| | Diagnóstico | Sobrecarga por stresse do prestador de cuidados, em grau moderado | - | - | |
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o grau de sobrecarga do CI não aumente. | - | - | |
| RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo Prevenção secundária | - Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel; - Elogiar o prestador de cuidados; - Incentivar a esperança; - Promover a comunicação expressiva das emoções. | - | - |
| | | Domínio cognitivo Prevenção secundária | - Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação ao papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Ensinar o prestador de cuidados sobre recursos da comunidade. | - | - |
| | | Domínio comportamental Prevenção secundária | - Incentivar o descanso; - Incentivar o prestador de cuidados a iniciar relações dinâmicas com grupos de suporte; - Promover estratégias de <i>coping</i> para o papel; - Promover o envolvimento da família; - Orientar o prestador de cuidados para recursos da comunidade. | - | - |
| | Avaliação | - CI mantém sobrecarga em grau moderado. | - | - | |
| DIAGNÓSTICO 8 | Stressores | - Satisfação do casal com o padrão de sexualidade não demonstrada. | - | - | |
| | Diagnóstico | Satisfação conjugal não mantida | - | - | |

| | | Família 1 | Família 2 | Família 3 |
|---|-------------------|---|--|---|
| OBJETIVOS | Objetivos | - Que o casal demonstre satisfação com o seu padrão de sexualidade. | - | - |
| | RESULTADOS | Intervenções | Domínio afetivo Prevenção secundária | - Apoiar o casal; - Promover a comunicação expressiva das emoções. |
| Domínio cognitivo Prevenção secundária | | | - Ensinar sobre sexualidade; - Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais. | - |
| Domínio comportamental Prevenção secundária | | | - Incentivar a iniciativa; - Promover a comunicação do casal; - Motivar para atividades em conjunto; - Planear rituais familiares; - Orientar para recursos da comunidade. | - |
| Avaliação | | | - Casal demonstra maior satisfação com o seu padrão de sexualidade. | - |