



**IPL**

escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes  
dos 12 aos 15 anos

RITA MENINO SILVA

Leiria, março de 2025



**IPL**

escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes  
dos 12 aos 15 anos

Relatório de Estágio III

RITA MENINO SILVA (nº 5230151)

Relatório de Estágio de natureza profissional em Enfermagem de cuidados à Família, em contexto de Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação da Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino

Leiria, março de 2025

## PENSAMENTO

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

## AGRADECIMENTOS

À **Professora Doutora Eva Menino**, minha orientadora, pela competência científica e orientação, pela disponibilidade ao longo deste percurso, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante o meu percurso.

Aos **Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar**, os meus orientadores nas Unidade Funcionais da ULS Médio Tejo, pela partilha do saber, disponibilidade, motivação e pelo contributo imprescindível na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

A todas **as famílias** que tornaram este projeto possível, pela sua generosidade e disponibilidade em partilhar comigo um pouco de si, e por tudo o que me ensinaram.

Aos **meus amigos**, em especial à Cândida e à Mariana, pela amizade, apoio e pela valiosa partilha de conhecimentos ao longo deste meu percurso e nunca me deixaram baixar os braços. Sou-vos eternamente, grata!

À **minha família**, ao meu pai, à minha mãe, à minha irmã Ana e ao meu irmão Pedro, pelo seu apoio e presença.

E por fim, e não menos importante, ao **meu José António**, pela (muita) paciência, compreensão, apoio e me levou a acreditar que era possível concluir esta etapa da minha vida e nunca me deixou desistir.

Alcançar este objetivo é maravilhoso, uma sensação única de conquista, que se torna ainda mais especial, porque é partilhada com todos os aqui referidos. **Grata!**

## RESUMO

O enfermeiro de família estabelece uma interação estruturada e dinâmica com a família, aplicando um pensamento crítico sobre a saúde familiar. Através da recolha e análise de dados, identifica problemas, formula diagnósticos de enfermagem e define objetivos, planeando a intervenção de forma colaborativa ao longo do ciclo vital da família.

A adolescência caracteriza-se pela procura de identidade, aumento da independência e reorganização das relações familiares, representando momentos de vulnerabilidade, mas também de oportunidade para intervenções de enfermagem facilitadoras dessas mudanças, promovendo uma adaptação saudável, nomeadamente a nível da sexualidade.

Assim, foi realizado um estudo quantitativo, com o objetivo de identificar a relação entre o nível de conhecimento sobre sexualidade e a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos.

Os resultados do estudo que ilustra a prática baseada na evidência indicam que as principais áreas em que o Enfermeiro de Família deve intervir junto das famílias são: conhecimentos sobre as temáticas “Infeções Sexualmente Transmissíveis, VIH/SIDA” e “Primeira relação sexual e preocupações sexuais”. Resulta ainda a necessidade de fortalecer o conhecimento sobre temáticas: contraceção e práticas seguras, prevenção da gravidez, sexualidade e prazer sexual; trabalhar a utilização oportuna das estratégias de comunicação manipulativa e assertiva; desmistificar mitos, preocupações sobre a sexualidade junto das famílias, mães e pais. Torna-se, assim, premente organizar a resposta no domínio dos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar para ir ao encontro das necessidades identificadas.

Este relatório possibilitou a consolidação da perceção profissional acerca do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, assim como evidenciar as competências adquiridas ao longo dos estágios. Através de uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, são apresentadas as atividades desenvolvidas, bem como o desenvolvimento de competências no âmbito pessoal e profissional do Enfermeiro Especialista.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem Familiar; Sexualidade; Conhecimento; Comunicação; Família; Adolescentes.

## **ABSTRACT**

The family nurse establishes a structured and dynamic interaction with the family, applying critical thinking to family health. Through data collection and analysis, nurses identify problems, formulate nursing diagnoses and define objectives, enabling the collaborative planning of interventions throughout the family life cycle.

Adolescence is characterized by the search for identity, increase in independency, and the reorganization of family relationships, representing moments of vulnerability, but also an opportunity for nursing interventions that can facilitate this transition, promoting a healthy adaptation, particularly in the area of sexuality.

A quantitative study was therefore conducted with the aim of identifying the relationship between the level of knowledge about sexuality and the communication in family-based sexual education among adolescents aged 12 to 15 years.

The results of this evidence-based study indicate that the key areas in which the Family Nurse should intervene within families include: knowledge in regards to “sexually transmitted infections, HIV/AIDS” and “first sexual intercourse and sexual concerns”. Additionally, there is a need to reinforce the knowledge in areas such as contraception and safe practices, pregnancy prevention, sexuality, and sexual pleasure; to promote the timely use of manipulative and assertive communication strategies; and to demystify myths and concerns about sexuality among families, mothers and fathers. These findings underscore the need to organize an appropriate response within the scope of Family Health Nursing care to address the identified needs effectively.

This report supports the consolidation of the professional understanding of the Specialist Nurse’s role in Community Health within the field of Family Health Nursing, while also demonstrating the competencies acquired through clinical placements. Using a descriptive and critical-reflective approach, this report presents the activities undertaken, along with the development of competencies in both the personal and professional domains of the Specialist Nurse.

**Keywords:** Nurse; Community Health Nursing; Family Nursing; Sexuality; Knowledge; Communication; Family; Adolescents.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	10	
ÍNDICE GRÁFICOS.....	11	
ÍNDICE DE TABELAS.....	12	
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	13	
INTRODUÇÃO .....	16	
<b>1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A ENFERMAGEM .....</b>	<b>19</b>	
1.1 EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	19	
1.2 EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	21	
<b>2. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR</b>	<b>25</b>	
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO, ULS MÉDIO TEJO.....	25	
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL - USF B .....	26	
<b>2.2.2 Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família .....</b>	<b>31</b>	
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL UCSP.....	37	
<b>2.3.1 Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família .....</b>	<b>41</b>	
2.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA .....	44	
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE</b>	<b>SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>48</b>
3.1 MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR .....	49	
3.2 MODELO DA ESCOLA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FAMÍLIA DE MOYRA ALLEN .....	51	
3.3 MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR .....	54	
<b>4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE</b>	<b>COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>55</b>
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS .....	55	

4.1.1	Responsabilidade profissional, ética e legal .....	55
4.1.2	Melhoria contínua da qualidade .....	58
4.1.3	Gestão dos cuidados .....	59
4.1.4	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	60
4.2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	62
4.2.1	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 .....	62
4.2.2	Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar .....	69
<b>5.</b>	<b>PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....</b>	<b>74</b>
5.1	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	74
5.2	METODOLOGIA .....	79
5.2.1	Tipo estudo.....	79
5.2.3	Instrumento colheita de dados.....	81
5.2.4	Procedimentos formais e éticos .....	82
5.2.5	Tratamento de dados.....	83
5.3	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	84
5.4	CONCLUSÃO DO ESTUDO .....	97
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>APÊNDICE 1 - Modelo De Calgary De Avaliação Familiar Da Família</b>	
	<b>APÊNDICE 2 - “Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde – UCSP”</b>	
	<b>APÊNDICE 3 - “Processo Assistencial Integrado, EF: Programa de Rastreio Oncológico”</b>	
	<b>APÊNDICE 4 – Pedido de autorização dos Questionários</b>	

**APÊNDICE 5** - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

**APÊNDICE 6** – Parecer da Comissão de Ética da ULS Médio Tejo e do Conselho de Administração da ULS Médio Tejo

**APÊNDICE 7** – Instrumento de colheita dos dados sociodemográficos

## **ANEXOS**

**ANEXO 1** – Participação no “4º Encontro Internacional (RE)Pensar O VIH/SIDA, sigamos o caminho dos direitos!”, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**ANEXO 2** - Participação no “II Congresso Internacional, A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar” organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Viseu

**ANEXO 3** - Participação no “1st International Congress of Family Health (ICFH)”, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Aveiro

**ANEXO 4** - Participação no “Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar” organizado pela ESS

**ANEXO 5** - “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” de Carvalho et al (2017)

**ANEXO 6** - “Questionário de Comunicação em Educação Sexual na Família – Versão Pais” de Carvalho (2017)

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Distribuição das Inscrições na USF .....	29
<b>Figura 2:</b> Distribuição das Inscrições na UCSP .....	40
<b>Figura 3:</b> Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família .....	51
<b>Figura 4:</b> Genograma da Família .....	65

## ÍNDICE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Tipologia das famílias do ficheiro .....	34
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição das famílias por estadio do Ciclo Vital de Duvall .....	37
<b>Gráfico 3:</b> Pirâmide etária da população inscrita no ficheiro da enfermeira orientadora .....	43
<b>Gráfico 4:</b> Tipologia de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora .....	44
<b>Gráfico 5:</b> Distribuição das famílias por estadio do Ciclo Vital de Duvall .....	45
<b>Gráfico 6:</b> Resultado das temáticas do QCS .....	89

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Temáticas do QCS (Média/Moda/Desvio Padrão) .....	87
<b>Tabela 2:</b> QCS total por quadril .....	89
<b>Tabela 3:</b> Competências e Estratégias do QCESF – VP .....	90
<b>Tabela 4:</b> Correlações entre o QCS e os Dados Sociodemográficos .....	91
<b>Tabela 5:</b> Correlações entre o QCS, o QCESF-VP e os Dados Sociodemográficos .....	95

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

% - Frequência relativa

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

APGAR - Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução

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

CENSOS - Recenseamentos da População e da Habitação

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DP – Desvio Padrão

DR – Diário da República

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EE – Enfermeiro Especialista

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

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

EO - Enfermeiro Orientador

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESS - Escola Superior de Saúde

FACES - Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale

IOM - *Institute of Medicine*

IPLeiria - Instituto Politécnico de Leiria

IST – Infeções Sexualmente Transmissíveis

Km – Quilómetros

Km2 - Quilómetros quadrados

M - Média

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

Md - Mediana

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MECESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

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

n - Frequências absolutas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

*p* - *p*-valor

PNV - Programa Nacional de Vacinação

QCESF-VP - Questionário de Comunicação em Educação Sexual na Família – Versão Pais

QCS – Questionário de Conhecimento sobre Sexualidade

r - Correlações

RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS® - *Statistical Program for Social Sciences*®

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidades Funcionais

ULS -Unidade Local de Saúde

ULSMT - Unidade Local de Saúde Médio Tejo

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VD – Visita Domiciliária

VIH - Vírus da imunodeficiência humana

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECESF), da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Leiria (IPLeiria). Foram realizados três estágios em duas Unidades Funcionais (UF) de Cuidados de Saúde Primários (CSP) na Unidade Local de Saúde Médio Tejo (ULSMT), sendo que os primeiros dois estágios decorreram numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e o terceiro estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), identificação ocultada conforme regulamento interno da unidade, devido à proteção de dados.

Para cada estágio foram delineados um conjunto de objetivos e competências a atingir, sendo que o primeiro, com 108 horas, focou-se na caracterização da ULSMT e da USF, contemplando a população inscrita, modelo de funcionamento e metodologias de trabalho. Ainda, integra a análise das competências e resultados de aprendizagem adquiridos ao longo do estágio, bem como as atividades desenvolvidas que permitiram atingir as mesmas, identificando as dificuldades encontradas e analisando os resultados de forma crítico-reflexiva (ESS, 2024a). Os objetivos do segundo estágio, que teve um total de 94,5 horas, focaram-se nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF): cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Surge como objetivo específico, com o propósito de concretização do primeiro objetivo geral: promover a capacitação na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições; para concretização do segundo objetivo geral: gerir, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família (ESS, 2024b).

O terceiro estágio teve como propósito integrar conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos estágios precedentes, numa perspetiva de compreensão da importância da enfermagem de saúde familiar, na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades (ESS, 2024c). O mesmo surge da unidade curricular (UC) Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de

USF ou UCSP, com Relatório. No total, foram realizadas 297,5 horas de modalidade de estágio entre 9 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025. Este estágio surge com o objetivo de dar resposta aos seguintes objetivos gerais: desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar, em contextos de vulnerabilidade. São objetivos específicos deste estágio: executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar; utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva e refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e competências desenvolvidas. São objetivos transversais deste estágio: desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos e desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos.

Neste último estágio, devido à alteração do campo do mesmo, também foi realizada a caracterização da UCSP, contemplando a população inscrita, modelo de funcionamento e metodologias de trabalho.

O EE é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

Com este relatório, pretende-se retratar a expansão e consolidação da consciência profissional sobre o papel do EEECESF, assim como as competências adquiridas ao longo dos estágios com vista ao exercício profissional especializado, incluindo as competências comuns do EE, definidas pela OE no Regulamento das Competências Comuns do EE Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado em Diário da República (DR).

Este documento encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma breve abordagem aos CSP – a sua evolução e a evolução da enfermagem nos CSP, abordando o enfermeiro de família (EF). No segundo capítulo, procede-se à caracterização do contexto clínico onde foram desenvolvidos os estágios e caracterizados os ficheiros dos enfermeiros

orientadores (EO). No terceiro capítulo, é apresentado o enquadramento teórico que suporta a prática clínica especializada desenvolvida. No quarto capítulo, através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, são apresentados os contributos para o desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas em EEECSF, bem como as atividades realizadas ao longo dos estágios. No quinto capítulo, será apresentada a prática especializada baseada na evidência, um estudo de investigação, desenvolvido no contexto do terceiro estágio, visando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem às famílias com filhos adolescentes.

Na enfermagem, a investigação reveste-se de extrema importância, na medida em que é necessária a melhor evidência científica para a tomada de decisão, essencialmente a nível da identificação das necessidades das pessoas e a nível das intervenções de enfermagem (Néné & Sequeira, 2022).

Por último, e de igual importância, apresenta-se a conclusão que emerge com a elaboração deste relatório, refletindo sobre as competências desenvolvidas, as dificuldades e limitações identificadas ao longo de todo o percurso, salientando a importância para o futuro enquanto Pessoa e EE.

Este relatório seguiu as orientações escritas da ESS do IPL, constantes no Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (ESS, 2018) e a referência pela Norma *American Psychological Association* 6<sup>th</sup>.

## 1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A ENFERMAGEM

### 1.1 EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP em Portugal contam com uma história de mais de cinquenta anos, que teve início nos anos 70, e que ficou marcada pela criação da carreira e do internato complementar em clínica geral e pela grande reforma de 2005, que conduziu à criação das unidades de saúde familiares (Silva, 2023).

Os CSP constituem o primeiro ponto de contacto dos indivíduos e das famílias com o sistema de saúde. O seu objetivo é garantir o nível mais elevado de saúde e de bem-estar, bem como a sua distribuição equitativa, atuando num *continuum* que vai desde a promoção da saúde e prevenção da doença ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, estando tão próximos quanto possível do ambiente da sua população (Silva, 2023).

Com a criação dos Centros de Saúde, o Estado assume a responsabilidade por assegurar os cuidados de saúde aos portugueses e são criadas estruturas que permitem a todos os cidadãos ter acesso a estes cuidados. A saúde passa a ser encarada como um conceito mais complexo do que apenas a ausência de doença, tendo a saúde primária, ou primeira, a responsabilidade de promover a saúde, de prevenir a doença e, nos casos em que esta ocorre, de tratá-la, preferencialmente nos contextos onde as pessoas residem (Melo, 2021).

Portugal, deste modo, no início dos anos 70 do século XX, já estava bastante evoluído no que respeita aos CSP, estando facilitado o alinhamento estratégico das políticas de saúde nacionais com as propostas das políticas internacionais (Melo, 2021).

Melo (2021) cita Branco & Ramos (2001) para apresentar a evolução dos Centros de Saúde, sendo possível identificar três gerações, com características distintas.

A primeira geração de Centros de Saúde foi criada em 1971, com o objetivo de responsabilizar o Estado pelos cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença, para além dos já existentes para os cuidados na doença. A segunda geração de Centros de Saúde ficou marcada pela criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979. Este constitui-se como um serviço de saúde nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso devia ser garantido pelo Estado. A terceira geração de Centros de Saúde começa a surgir em 1999, quando é publicado o Decreto-Lei nº157/99 de 10 de maio, que vem reforçar que os CSP devem ser

multidisciplinares e não centralizados nos cuidados e nas decisões. É neste Decreto-Lei que surge, pela primeira vez, a indicação da importância de existirem USF. A nova arquitetura organizacional dos Centros de Saúde passa a organizar-se em torno de duas componentes complementares: as USF e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Nesta reforma são criadas outras unidades, além das USF e dos ACES passam a existir também: as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e as UCSP e outras que, já existindo, passam a dar resposta a todo o ACES, as Unidades de Saúde Públicas (USP).

O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas, exige que o SNS continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, fomentando modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de CSP e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas (Decreto-Lei n.102/2023, 2023).

O Decreto-Lei n.102/2023 (2023) estabelece a criação de novas Unidades Locais de Saúde (ULS), através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os ACES, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto do SNS. Esta alteração visa a prestação integrada de CSP e hospitalares, havendo um reforço dos primeiros na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde.

As ULS permitem responder às necessidades dos cidadãos, privilegiando a proximidade, a otimização de recursos, a continuidade e a integração de cuidados, no domínio da prevenção, no plano assistencial, no tratamento e prestação de cuidados e na recuperação e reabilitação (SNS, 2024).

A visão das ULS permite olhar para a Saúde além das “fronteiras” do hospital, valorizando os CSP e integrando outras instituições da sociedade local, nomeadamente municípios, juntas de freguesia, escolas e instituições particulares de solidariedade social, dando sentido à ideia de que a saúde é um bem de todos e para todos, construindo assim uma comunidade sustentável (SNS, 2024).

## 1.2 EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os enfermeiros integram a chamada “profissão de ajuda” o que implica o desejo e a vontade de assistir, corrigir, reparar algo que está em falta, a funcionar mal ou deteriorado no doente, cliente ou famílias, existindo diferentes formas de ajudar. Requer que o enfermeiro conheça os valores e respeite a pessoa e a família, que procuram viver a vida e encontrar significado e propósito na adaptação aos desafios da doença ou outras dificuldades (Gottlieb, 2016).

Os enfermeiros são o principal grupo de profissionais de saúde a prestar cuidados nos CSP. Estes promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde. O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida (CIE, 2008).

A abordagem multidisciplinar nos CSP, com forte participação dos enfermeiros, contribui para uma resposta mais eficaz às necessidades da população (Silva e Rodrigues, 2018).

Segundo Almeida (2015), os enfermeiros nos CSP são essenciais na educação para a saúde, no acompanhamento de doenças crónicas e na promoção do autocuidado das pessoas.

A ideia de uma «enfermagem comunitária» centrada no trabalho com as famílias já vem de há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em CSP, mas recebeu um novo impulso na Conferência Europeia de Munique (2000). Trata-se de uma prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade. Em Portugal, a enfermagem é hoje reconhecida como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos vinte anos. No entanto, dos cerca de 36 000 enfermeiros em Portugal, só cerca de 17 frequência relativa (%) exercem funções nos centros de saúde e apenas 15% são enfermeiros com a especialidade de saúde pública/comunitária (Correia et al, 2001).

A Declaração de Munique teve como finalidade a identificação de ações específicas, com vista a apoiar e salientar as capacidades dos enfermeiros, no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida dos cidadãos a quem prestam cuidados. Entre outras, surgiu de forma clara uma nova figura de enfermeiro de saúde comunitária, «o enfermeiro de família», enquanto entidade imprescindível no quadro da Saúde 21, ou seja, a política adotada para a Região Europa, em setembro de 1998, que os governos dos diferentes países europeus ratificaram (Correia et al, 2001).

Enfermagem comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade. Poder-se-á dizer que é um serviço centrado nas famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em saúde, consoante a sua capacidade. É «trabalhar com as famílias» de forma a ajudá-las a desenvolverem capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções (Correia et al, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem reforçar a ideia, ao introduzir o conceito de enfermeiro de saúde familiar, traçando os objetivos e contando com o seu papel na equipa multidisciplinar. A prática de enfermagem familiar é uma área em desenvolvimento e constituirá no futuro aspeto significativo dos cuidados de saúde (Correia et al, 2001).

A designação de EF assume o significado onde o enfermeiro integra as equipas de saúde familiar, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais à família, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014).

O EF interage com a família a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre a família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família, sempre num modo colaborativo com a família (OE, 2010).

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, sendo tradicionalmente os enfermeiros que cuidavam das pessoas no seu domicílio (Figueiredo, 2023).

O indivíduo mantém-se como unidade de referência, contudo a transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP leva a admitir que, apesar da descontinuidade nas últimas décadas na evolução do sistema de saúde em Portugal, é reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades. Da mesma forma, evidencia-se o papel promissor do EF como agente de mudança dos CSP, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica (Figueiredo, 2009).

A enfermagem em Portugal percorreu um longo caminho desde a assistência baseada na caridade até à sua profissionalização e reconhecimento como ciência. A evolução da formação, a regulamentação da profissão e a crescente valorização dos enfermeiros no sistema de saúde refletem a importância desta área para a sociedade. Como destaca Santos (2018), a enfermagem moderna é fruto de um percurso histórico de lutas e conquistas, onde o conhecimento e a humanização caminham lado a lado.

Nos CSP, a evolução da enfermagem tem sido marcada por uma crescente autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados, reforçando a sua importância na promoção da saúde e no bem-estar da população. Com os desafios atuais na saúde, a enfermagem continua a evoluir, consolidando-se como um pilar essencial do sistema de saúde português.

O conceito de enfermagem de saúde familiar, fundamentada pela OMS, colocaria os enfermeiros dos CSP numa posição de destaque para promover a saúde familiar e assumir-se como organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e proativos (Figueiredo, 2023).

O desenvolvimento de competências para cuidar a família permitirá que o EF, através do seu conhecimento, possa contribuir para o aumento da literacia familiar e mostrar maior preocupação com a família no seu todo e com os seus membros, melhorando o funcionamento da família e da pessoa. Para além disso, contribui para a melhoria das

interações dentro e fora da família, promovendo um comportamento familiar e individual mais saudável e participativo (Ferreira et al (2021) citando Santos et al (2016)).

Figueiredo (2009) citando Martins (2003), refere que para que seja reconhecido o papel dos enfermeiros junto das famílias, estes deverão demonstrar competências na interação entre todos os níveis do sistema familiar, desde o nível micro ao nível macro, e compreenderem a influência entre os processos de saúde e doença e essas mesmas interações. Por isso, a necessidade emergente do desenvolvimento de práticas centradas na família como unidade de intervenção do enfermeiro no contexto dos CSP, associando o domínio de novas técnicas que permita a intervenção na complexidade dos contextos.

As práticas de cuidados dirigidas às famílias, no contexto comunitário, desenvolvidas pelo EF, reportam-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (Figueiredo, 2009).

O EF, pelos seus saberes e pela sua ação apresenta-se como um recurso essencial para as famílias portuguesas.

## **2. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO, ULS MÉDIO TEJO**

O Decreto-Lei n.102/2023 (2023) estabelece a criação de novas ULS, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os ACES, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto do SNS.

A ULSMT iniciou atividade a 1 de janeiro de 2024. A criação da instituição inseriu-se no âmbito de uma reestruturação do modelo organizativo de prestação de cuidados no âmbito do SNS, visando o aumento e melhores cuidados e uma relação mais próxima com a comunidade. É formada pelo Hospital Dr. Manoel Constâncio – Abrantes, Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar, Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas e por 35 Unidades Funcionais de CSP (ULSMT, 2024a).

A ULSMT tem uma abrangência populacional de cerca de 170.000 utentes dos concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha e Vila de Rei (ULSMT, 2024a).

Tem como Missão a prestação de CSP, hospitalares, paliativos e de convalescença, integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital. Desta forma, permite a criação de um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos utentes, assegurando atividades de investigação, formação contínua e ensino, retendo e valorizando profissionais com elevados níveis de competências e qualificações. Assegura ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

A Visão da ULSMT é ser reconhecida como uma organização de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa, na família e na comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida dos cidadãos (ULSMT, 2024c).

A ULSMT rege-se por valores que permitem alcançar essa visão, nomeadamente garantindo a qualidade e segurança, assegurando a excelência dos serviços prestados aos utentes, assentes nas melhores e mais seguras práticas e competências, científicas e técnicas; A integração e

complementaridade são promovidas para salvaguardar o funcionamento da resposta aos utentes de forma articulada e em rede, garantindo-se a equidade e acessibilidade no acesso aos cuidados de saúde, prestando cuidados de saúde de proximidade; A ética e integridade norteiam as práticas clínicas e a tomada de decisões individuais e institucionais, pelos mais elevados padrões deontológicos e de conduta moral (ULSMT, 2024c).

A humanização está no cerne de todas as ações da ULSMT, priorizando uma orientação clara para o utente e o seu bem-estar, respondendo às suas necessidades de acordo com as melhores práticas disponíveis e no respeito incondicional pela sua dignidade intrínseca (ULSMT, 2024b).

## 2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL - USF B

A USF B é uma das Unidades Funcionais de CSP que integra a ULSMT e encontra-se localizada no concelho de Abrantes. É uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais pertencendo à ULSMT.

A USF B tem sede a Sul do Tejo, e tem dois polos, o polo A e o polo B. A sede funciona de segunda a sexta-feira, das 08:00 horas às 18:00 horas, encontrando-se encerrada aos sábados, domingos e feriados (USF B, 2021).

A USF B iniciou atividade como USF Modelo A em 13 de março de 2019, tendo como Missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da sua área geográfica, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos.

A Visão é a de ser uma USF de excelência, capaz de otimizar os recursos disponíveis, garantindo em toda a região serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação. A USF orienta a sua atividade pelos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa (USF, 2021).

Conforme o regulamento interno da USF B (2021), o acesso dos cidadãos inscritos na USF à carteira de serviços, faz-se através dos seguintes tipos de consulta:

a) Consulta programada — É uma consulta de iniciativa do cidadão ou da equipa de saúde familiar, para vigilância de saúde ou de doença crónica, de acordo com o plano de saúde individual previamente definido com a equipa de saúde familiar. A mesma é agendada com a devida antecedência, preferencialmente no horário da própria equipa de saúde familiar. Tem a duração de 20 minutos e desenvolve-se nos seguintes programas: Saúde de adultos, Saúde materna, Saúde infantil e juvenil, Planeamento familiar e Diabetes.

b) Consulta aberta — É uma consulta de iniciativa do cidadão, para atendimento no próprio dia, devido a uma situação aguda de um problema de saúde, agravamento súbito de outros já existentes ou para intersubstituição. A consulta tem a duração de 15 minutos;

c) Visita domiciliária — É uma consulta efetuada no domicílio do cidadão em situação de dependência ou cujo estado de saúde esteja comprovado e não permita a deslocação à USF. Pode ter as características definidas para a consulta programada ou para a consulta aberta. Neste último caso, desde que a situação de doença seja do âmbito dos CSP, é assegurada uma resposta num prazo que não comprometa o estado de saúde do cidadão. Esta consulta tem um tempo previsto de 60 minutos, incluindo a deslocação. Os critérios de inclusão para visita domiciliária são os seguintes: recém-nascidos, puérperas, doentes dependentes ou incapacitados de se deslocarem à USF.

A agendamento das diferentes consultas pode ser efetuado durante todo o horário de funcionamento, por qualquer meio de comunicação, designadamente, presencial, telefone, eAgenda/internet, correio eletrónico, correio, diretamente pelo próprio ou através de qualquer outra pessoa (USF B, 2021).

A gestão quanto à iniciativa do agendamento de consultas de saúde de adultos, é efetuada por cada equipa de saúde familiar tendo em conta que as consultas por iniciativa do utente devem reunir, pelo menos, 30% do total das vagas disponíveis semanalmente (USF B, 2021).

As consultas dos programas de saúde materna, saúde infantil e juvenil, planeamento familiar e diabetes são, preferencialmente, realizadas em conjunto pela equipa de saúde familiar (USF B, 2021).

Os atos de enfermagem são, de preferência, agendados com duração prevista de 20 minutos. Os tempos de consulta, dos vários programas de saúde que se encontrem disponíveis, são

usados para os agendamentos de acordo com as necessidades identificadas por qualquer elemento da equipa (USF B, 2021).

A USF garante o atendimento das situações de doença aguda no próprio dia; um prazo máximo de cinco dias úteis para a marcação da consulta, (entendendo-se por dias úteis aqueles em que a respetiva equipa de saúde está em serviço efetivo, sem considerar as ausências por qualquer dos motivos legalmente definidos); um tempo de espera após a hora marcada para a consulta não superior a 20 minutos e a possibilidade de obter uma consulta programada para a sua equipa de família em todo o horário de funcionamento, ao longo da semana (USF B, 2021).

Os utentes da USF têm acesso a consultas de outros profissionais que integram a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados da ULS, nomeadamente, Psicologia, Medicina Dentária, Fisioterapia ou outras que venham a existir, através de referenciação interna. A ULS disponibiliza aos utentes da USF acesso ao Serviço Social. A articulação com o Serviço Social da ULS far-se-á através de um Protocolo a elaborar pelas partes envolvidas, onde conste o Plano de Ação a desenvolver, carga horária/semanal atribuída à USF, circuito da informação e modelo de avaliação.

A equipa multiprofissional da USF é constituída por quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro assistentes técnicos, organizados em quatro equipas de equipa de saúde familiar (médico, EF e assistente técnico).

Foram recolhidos dados através dos aplicativos informáticos SClínico<sup>®</sup>, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP<sup>®</sup>), Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), no sentido de permitir uma melhor caracterização dos utentes abrangidos pela USF B.

De acordo com os dados do Registo Nacional de Utentes, no BI-CSP<sup>®</sup>, referentes à população de abrangência da USF B, verifica-se que em junho de 2024, esta tinha 7.216 utentes inscritos, dos quais 1.449 (20,08%) sem médico de família (SNS, s.d., a).

Apresenta uma % de índice de dependência total de 92,22%, sendo 75,89% correspondente a cuidados a pessoas idosas, e 16,33% correspondente a cuidados a jovens, o que corresponde a 10.986,50 unidades ponderadas. A pirâmide etária dos utentes inscritos evidencia um duplo

envelhecimento: envelhecimento pela base, por nos apresentar uma diminuição da população jovem e envelhecimento pelo topo, com temos um aumento da população de idosos, grupo etário dos 65 - >100 anos (frequência absoluta (n) = 2849), sendo o grupo etário dos 65-69 anos o mais frequente. Observa-se uma homogeneidade no que se refere ao sexo na maioria dos grupos etários, em que 3.425 utentes são homens (47,5%) e 3.791 utentes são mulheres (52,5%). Verifica-se também que 12,1% (n=872) são crianças; 6,5% (n=470) são adolescentes entre os [10-19] anos segundo a OMS; e 14,9% (n=1075) são mulheres que se encontram em período fértil (SNS, s.d., a).



**Figura 1:** Distribuição das Inscrições na USF  
Fonte: BI-CSP®, acedido em 14 de junho de 2024

Ao analisar a pirâmide etária (figura 1) verifica-se uma população predominantemente composta por adultos e tendência para o envelhecimento. Isso sugere que há uma proporção significativa de pessoas em faixas etárias mais avançadas, em comparação com os grupos etários mais jovens, o que corresponde aos dados nacionais (PORDATA, 2024).

Recorrendo ao MIM@UF®, verificou-se que os principais problemas ativos nos utentes desta unidade eram alterações do metabolismo dos lípidos (38,18%), excesso de peso (29,51%), hipertensão sem complicações (29,48%), obesidade (18,21%), síndrome vertebral com irradiação de dores (17,26%), abuso do tabaco (14,36%), perturbações depressivas (13,96%),

diabetes não insulíndependentes (11,53%), osteoartrose do joelho (8,35%) e contraceção oral (8,02%).

O modelo de organização dos cuidados na USF está voltado, com particular atenção, para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases do ciclo vital. A compreensão da estrutura, dos processos de desenvolvimento e do estilo de funcionamento das famílias permite a efetivação de uma prática de enfermagem direcionada para a sua capacitação funcional, face às exigências e especificidades. Este é um modelo orientado para a obtenção de ganhos em saúde, melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, consagrando uma estrutura organizativa matricial, baseada em unidades funcionais e assentes em equipas multiprofissionais. A designação de EF assume o significado onde o enfermeiro integra as equipas de saúde familiar, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais à família, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014). Neste conceito, também é visível o significado de método de EF, como o método de organização dos cuidados, utilizado pelo enfermeiro responsável pelos cuidados a determinadas famílias.

Os princípios de organização da USF B estão centrados no cidadão. Sempre que possível, de acordo com os direitos dos utentes, a cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família, privilegiando-se a estrutura familiar e, a cada família, um enfermeiro. Conforme o regulamento interno da USF B (2021), o modelo de organização dos cuidados de enfermagem é o de EF, responsável por um ficheiro de famílias/utentes, garantindo a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, o que permite aprofundar o modelo de trabalho em equipa no âmbito das equipas de saúde familiar, onde cada enfermeiro é responsável por um determinado número de famílias por área geográfica.

Embora no regulamento interno da USF B haja referência ao conceito de EF, a organização dos cuidados segue os programas nacionais de saúde, o que revela que a família nem sempre é percebida como uma unidade de cuidados.

Em relação à orientação conceitual dos cuidados, os enfermeiros da USF B não seguem um modelo específico para a avaliação e intervenção familiar, embora o sistema utilizado na unidade, SClínico<sup>®</sup>, se baseie no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

### **2.2.1 Polo B da USF B**

A estrutura física do polo B é composta por um gabinete médico; dois gabinetes de enfermagem (um deles desativado); uma sala de tratamentos; um vestiário, uma sala de sujos; uma sala de pausa; uma sala de serviço administrativo; uma sala de espera e uma casa de banho para profissionais e uma para os utentes.

No polo B existe uma equipa de saúde familiar, médico, EF e assistente técnico. A área de intervenção do polo da B corresponde a cerca de 187,45 quilómetros quadrados (Km<sup>2</sup>).

O período de funcionamento do polo B poderá ser diferente, em função da disponibilidade de recursos humanos (USF B, 2021).

### **2.2.2 Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família**

Todas as famílias devem ser suscetíveis de avaliação, sendo este um dos objetivos do EF. Apenas a avaliação familiar permitirá a identificação de necessidades congruentes com a unicidade de cada família e, desta forma, o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades (Figueiredo 2009).

Assim, serão apresentadas as tipologias de famílias, as etapas do ciclo vital, de acordo com o SClínico<sup>®</sup> que tem por princípio o Ciclo Vital de Duvall. Os dados para esta caracterização foram recolhidos na plataforma MIM@UF<sup>®</sup> e tratados numa base construída em Excel<sup>®</sup>.

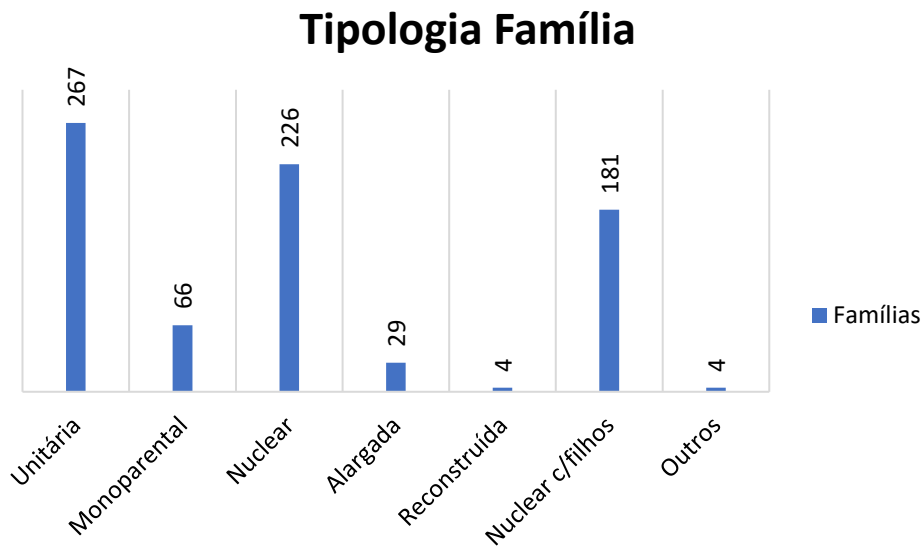
O ficheiro do EF em análise é composto por 1644 utentes e 777 famílias. O médico de família, tem atribuídos 1022 utentes e 506 famílias, estando 493 utentes sem médico de família, sendo assegurada a consulta médica destes utentes na consulta aberta. No entanto, todos os utentes têm Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF). No ficheiro analisado foram identificadas 777 famílias, o que resulta numa proporção de 777 famílias por enfermeiro. Este valor excede o limite recomendado pela OE, que estabelece que cada EF deverá ter, em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica, indo desta forma ao encontro de orientações emanadas pela OMS. De acordo com a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da OE indica como limite máximo 1.550 utentes por enfermeiro, garantindo assim, segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas nos serviços (Regulamento nº743/2019, 2019). Esta situação torna mais desafiante a prestação de cuidados centrados na família como unidade de cuidados.

À semelhança da pirâmide etária dos utentes inscritos na USF, este ficheiro demonstra uma população envelhecida com 704 utentes com mais de 65 anos, correspondendo a 43% da população total.

Os utentes estão incluídos em uma ou mais consultas de enfermagem. A carteira de contratualização do polo B, engloba as seguintes consultas de enfermagem: Programa Nacional para a Diabetes (187 utentes), Programa Nacional da Hipertensão Arterial (345 utentes), Planeamento Familiar (184 utentes), Rastreio Cancro Colo Retal (427 utentes), Rastreio Cancro Colo Útero (165), Saúde Infantil e Juvenil (167 utentes), Saúde Materna (4 utentes) e ainda consultas abertas. Existem também consultas de enfermagem e médica no domicílio, e atendimento telefónico pelo médico e/ou enfermeiro.

A visita domiciliária (VD) é realizada maioritariamente a pessoas dependentes e com dificuldade na deslocação ao polo B, para realização de tratamentos específicos. A sua gestão depende da avaliação do EF. A USF tem também, como componente da VD, consultas programadas com acompanhamento do EF e do médico de família, para a visita ao recém-nascido/puérpera.

Segundo a classificação das tipologias da família do SClínico®, aquando da avaliação do processo familiar foram identificadas 267 famílias unitárias, 226 famílias nuclear casal, 181 famílias nuclear com filhos, 66 famílias monoparentais, 29 famílias alargadas, 4 famílias reconstruídas, e 4 “outras” por não serem compatíveis com nenhuma das classificações anteriores, como se pode verificar no Gráfico 1.



**Gráfico 1:** Tipologia das famílias do ficheiro

Ao analisar a classificação do ficheiro quanto à tipologia familiar, verifica-se que a tipologia familiar predominante é a nuclear (407), e o número de famílias unitárias também é muito significativo (267). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (PORDATA, 2024), a tipologia familiar predominante em Portugal é a família nuclear, composta por dois adultos com ou sem filhos. Esta forma de estrutura familiar continua a ser a mais comum, apesar de uma crescente diversificação nas composições familiares.

Os dados mais recentes dos Recenseamentos da População e da Habitação (CENSOS) de 2021 (PORDATA, 2024) mostram que as famílias unitárias, onde apenas uma pessoa compõe o agregado familiar, representam uma parcela significativa, refletindo mudanças demográficas e sociais, como o envelhecimento da população e a independência dos jovens adultos.

No entanto, esta classificação pode estar relacionada com o facto de existirem famílias em que os seus elementos pertençam a diferentes equipas de saúde familiar, por opção, ou devido a falta de atualização dos processos familiares nos serviços administrativos, conduzindo em erro esta classificação. Sempre que foi detetada uma irregularidade foi remetida para o serviço administrativo da USF, para atualização dos dados, com o consentimento prévio das famílias.

Figueiredo (2020) refere-se à identificação do tipo de família através da sua composição e dos vínculos entre os seus elementos, que determinam algumas das suas funções, internas e

externas, associadas ao seu desenvolvimento. A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração. No entanto, caracterizar uma família num determinado tipo pode ser muito redutor, especialmente quando se restringe aos tipos clássicos, tal como acontece no sistema de informação SClínico®.

Figueiredo et al (2011) citando Carter & McGoldrick (1995), Relvas (2000) referem-se ao desenvolvimento familiar como um percurso evolutivo, as tarefas caracterizam as etapas do ciclo vital, podendo prever-se a sequência de transformações na organização da família, ao longo do seu desenvolvimento.

Relvas (2004) apresenta o ciclo vital familiar de acordo com a formação do casal, o nascimento e o crescimento dos filhos, incluindo as tarefas de desenvolvimento inerentes a cada transição. A primeira etapa constitui a «formação do casal»; segue-se a segunda etapa da «família com filhos pequenos»; a terceira etapa integra a «família com filhos na escola»; a quarta etapa da «família com filhos adolescentes» e a quinta, e última etapa, a «família com filhos adultos». Figueiredo (2020) propõe a adoção desta conceção do ciclo vital familiar, para que cada transição corresponda a focos de atenção na avaliação e intervenção das dinâmicas familiares por parte do EEESF.

Uma outra conceção sobre o ciclo vital da família foi a desenvolvida por Duvall & Miller (1985) segundo uma sequência de oito estádios, tratando-se da classificação adotada pelo SClínico®, segundo a qual o ciclo vital tem início com a formação do casal e evolui a partir do nascimento do primeiro filho, podendo existir ou não mais filhos. Inicialmente com quatro etapas, os autores aumentaram para oito, incluindo as etapas do ciclo vital caracterizadas pela saída dos filhos de casa, com o conseqüente surgimento do “ninho vazio”, e a vivência da reforma pelo casal até à morte (Duvall & Miller, 1985). Estes estádios mencionados, são definidos pela composição familiar, idade dos seus elementos e o estatuto ocupacional do chefe de família. A idade do filho mais velho é um marcador importante dos estádios focados na presença de filhos, pois cada fase concentra-se no crescimento, educação e autonomia/independência dos filhos.

Martins (2018) apresenta as fases do ciclo vital de Duvall:

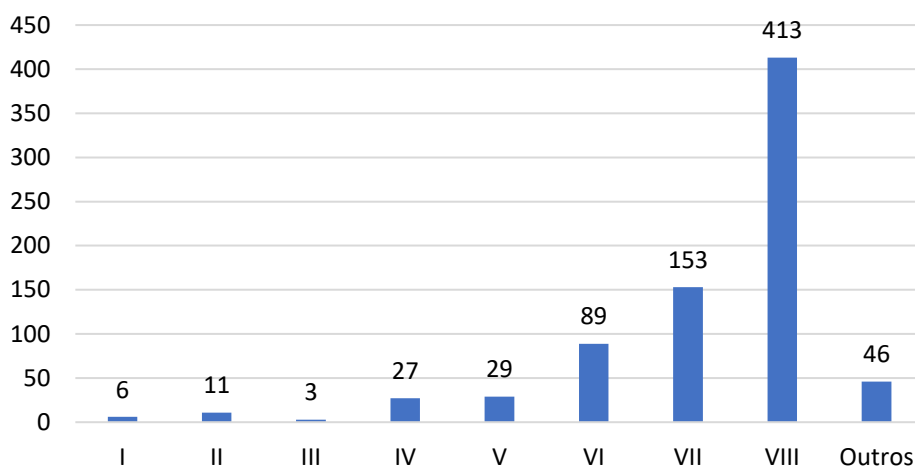
- 1- Fase de estabelecimento (recém-casados sem filhos);
- 2- Início da parentalidade (família com uma criança com um máximo de 3 anos);
- 3- Família com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho tem de 3 a 6 anos de idade);
- 4- Família com crianças em idade escolar (filho mais velho tem entre 6 e 12 anos);
- 5- Família com adolescentes (filho mais velho tem entre 13 a 20 anos);
- 6- Família como centro de lançamento (período desde a saída de casa do filho mais velho, até à saída do mais novo);
- 7- Família na meia-idade (período de “ninho vazio”);
- 8- Família em envelhecimento (período desde a reforma do(s) assalariado(s) da família até à morte de um/ambos os cônjuges).

Neste âmbito, Caniço et al (2010), defendem que o ciclo vital de Duvall é considerado um modelo datado, adequado ao contexto da época do seu surgimento, argumentando que este modelo não se adapta às circunstâncias da atualidade, pois aplica-se principalmente a famílias nucleares, possui uma rigidez nas tarefas a serem desempenhadas em cada fase e oferece pouca informação sobre as transições familiares.

No ficheiro analisado, foram identificadas: 6 famílias no estadio I; 11 famílias no estadio II; 3 famílias no estadio III; 27 famílias no estadio IV; 29 famílias no estadio V; 89 famílias no estadio VI; 153 famílias no estadio VII; 413 famílias no estadio VIII. Foram ainda identificadas 46 famílias que não foram incluídas em nenhum estadio, sendo denominadas “outras”, uma vez que não se enquadravam nos estadios do ciclo vital de Duvall, por apresentarem características distintas desta classificação, como por exemplo famílias constituídas apenas por irmãos.

A maioria das famílias (53%) são famílias idosas, encontram-se na fase VIII, seguidas das fases VI e VII (Gráfico 2). As famílias com filhos pequenos (II) e com filhos em idade pré-escolar são as menos frequentes, concordante com uma população envelhecida.

## Ciclo Vital das Famílias



**Gráfico 2:** Distribuição das famílias por estágio do Ciclo Vital de Duvall

As famílias, ao longo do ciclo vital, estão sujeitas a diversas transições, cada uma marcada por mudanças significativas e distintas. A transição é definida como uma passagem entre dois períodos de relativa estabilidade, que conduz o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças. Esses processos de transição ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, conduzido por alterações que causam períodos de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações (Meleis, 2010). Esses momentos de transição, embora desafiadores, são essenciais para o crescimento e a adaptação das famílias às novas circunstâncias.

Figueiredo (2020) refere que as transições familiares são eventos que sinalizam uma reorganização dos papéis e tarefas da família, tendo a enfermagem de saúde familiar uma ação centrada na promoção do desenvolvimento das famílias.

Meleis et al (2000) afirmam que os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros prestadores de cuidados dos utentes e das famílias que se encontram num processo de transição e, por isso, devem ter em consideração as mudanças e as exigências que as transições implicam na vida dos utentes e das famílias. Além disso, os enfermeiros têm o papel de preparar os utentes e a família para a transição e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências.

Figueiredo (2020) salienta que as transições familiares são momentos que exigem uma reorganização dos papéis e tarefas familiares. Na enfermagem de saúde familiar, é essencial

compreender o desenvolvimento familiar ao longo do ciclo vital para facilitar essas transições, com intervenções adequadas a cada família.

Caracterizar a unidade familiar, especialmente o ficheiro do EO, constitui uma mais-valia, contribuindo para o desenvolvimento de competências: como “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” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento nº428/2018, 2018, pp.19357-19358). Esta compreensão e caracterização melhoram a organização das aprendizagens e a eficácia das intervenções.

### 2.3 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL UCSP

Para a caracterização da UCSP onde decorreu o estágio III, e dada a inexistência de manual de acolhimento e integração, recorreu-se à plataforma dos sistemas de informação: MIM@UF, BI-CSP® e SClínico®, aos últimos Censos, *site* do município e em momentos de partilha com a equipa médica e de enfermagem, que integram a mesma. Este último recurso contribuiu também para a compreensão da dinâmica e funcionamento da unidade, facilitando assim a integração na equipa.

Proceder-se-á à descrição, à análise do funcionamento e ao método de trabalho da unidade, bem como à caracterização do ficheiro das famílias da EO onde se aprofundaram conhecimentos e adquiriram novas aprendizagens.

A UF de modelo UCSP iniciou a atividade em 2007, localizado na sub-região do Médio Tejo. O município é constituído por 13 freguesias, com uma área aproximada de 715 km<sup>2</sup> e uma população de 34.351 habitantes. A densidade demográfica é de 48 habitantes/km<sup>2</sup>, verificando-se um decréscimo relativamente aos censos de 2011, 10,2% da sua população tem menos de 15 anos, 58,6% têm idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e 31,2% são idosos. 2,1% da sua população é estrangeira, número que tem vindo a aumentar, acompanhando a realidade nacional, o número de pessoas por família é de 2,3, existindo também um acompanhamento da tendência nacional relativamente ao número de óbitos ser superior ao número de nascimentos, segundo os CENSOS de 2021 (PORDATA 2024).

Integrada a 1 de janeiro de 2024 na ULS do Médio Tejo, a UCSP é constituída pela sede e sete pólos, tem como recursos humanos 10 médicos, 16 enfermeiros e 11 secretários clínicos, distribuídos por todo o concelho, garantindo, desta forma, a prestação de cuidados adequados na área dos CSP.

De acordo com os dados do Registo Nacional de Utentes, no BI-CSP®, referentes à população de abrangência da UCSP, presta cuidados a 16556 utentes, dos quais apenas 1976 têm médico de família, correspondendo a 11,94% dos utentes inscritos nesta unidade (SNS, s.d., b).

Apresenta uma % de índice de dependência total de 69,72%, sendo 51,08% correspondente a cuidados a pessoas idosas, e 18,64% correspondente a cuidados a jovens, o que corresponde a 23.267,00 unidades ponderadas. Através da pirâmide etária dos utentes inscritos, pode-se observar que existem mais mulheres que homens, que a faixa etária dos 60-64 anos é aquela que tem maior número de inscritos e que cerca de 35% da população tem idade igual ou superior a 65 anos.

Como se pode observar na figura 2, existe uma homogeneidade no que se refere ao sexo na maioria dos grupos etários, em que 7.932 utentes são homens (47,9%) e 8.624 utentes são mulheres (52,1%). Verifica-se também 9,2% são adolescentes entre os [10-19] anos segundo a OMS; e 18,3% são mulheres que se encontram em período fértil (SNS, s.d., b).



**Figura 2:** Distribuição das Inscrições na UCSP  
Fonte: BI-CSP®, acedido em 22 de outubro de 2024

A sede, onde decorreu o estágio e se realiza a gestão dos CSP do concelho, operacionaliza-se no 1º andar (tem elevador adaptado para pessoas com mobilidade reduzida), funciona nos dias úteis das 8-18horas e encerra sábados, domingos e feriados. Tem três gabinetes de atendimento médico, dois gabinetes de atendimento de enfermagem (tratamentos e consultas) e um balcão de atendimento administrativo, comum à USP e UCC, a funcionar no mesmo espaço físico. Dispõe ainda de casas de banho para os utentes e funcionários, sala de reuniões, vestiários e copa, comuns às várias equipas ali sediadas. Este espaço pauta-se pela inexistência de uma sala de espera, os utentes aguardam no corredor juntos aos gabinetes (tem dispostas várias cadeiras e um espaço onde existe material didático para as crianças). Atualmente a UF é formada por uma equipa multiprofissional com duas enfermeiras, uma EEECASF e uma enfermeira generalista, duas assistentes operacionais (partilhadas com outros pólos) e duas médicas, sendo que uma delas, não tendo lista de utentes atribuída, realiza consultas de recurso direcionadas aos utentes que não têm médico de família, garantindo desta forma uma maior e melhor assistência à população. As administrativas e os motoristas existentes são partilhados com a UCC e a USP.

A UF tem como carteira básica de serviços consultas de situação aguda, de intersubstituição e de programas de saúde, vacinação, visita domiciliária, tratamentos e rastreios oncológicos. As consultas de situação aguda resultam de uma situação de doença que surgiu no próprio dia ou por agravamento de doença crónica existente e são realizadas pelas duas médicas da unidade, consoante disponibilidade. Em caso de indisponibilidade os utentes são encaminhados ao serviço de urgência do hospital local. As consultas de intersubstituição realizam-se diariamente, têm como público-alvo os utentes sem médico de família e são, na sua maioria, consultas de programas, objetivando assegurar os cuidados de saúde e vigilância destes utentes. As consultas de programas de saúde são asseguradas por uma médica e duas enfermeiras de família. São agendadas pelos utentes ou profissionais objetivando assegurar a vigilância de saúde ou de doença crónica dos utentes de acordo com o seu plano individual de saúde. Fazem parte desta consulta os programas de saúde materna, saúde infantil, saúde do adulto, saúde do idoso, planeamento familiar, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e rastreios oncológicos (mama, colo útero e colo retal). A vacinação, além de programada, é realizada também de forma oportunista, nomeadamente durante as consultas de saúde infantil (realizadas em idades coincidentes com a administração de vacinas do Programa Nacional de Vacinação (PNV)) e durante o atendimento aos migrantes que ali se deslocam diariamente, surgindo oportunidade imediata de atualização do PNV.

A VD é realizada no próprio domicílio da família, destinando-se a casos de dependência ou de condições de saúde que tornam desaconselhável ou impossível a deslocação dos utentes à UCSP. Os tratamentos (como por exemplo administração de injetáveis, tratamento de feridas) são realizados durante o período de funcionamento da unidade.

A UCSP segue uma metodologia de trabalho colaborativa entre médica e enfermeira de família, na qual os utentes atribuídos são, na sua maioria, coincidentes. Cada enfermeira tem atribuída uma lista de utentes/ famílias pela qual é responsável, garantindo a prestação de cuidados, ao longo do ciclo vital, nos vários níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Quando a EF está ausente a prestação de cuidados é assegurada pela outra enfermeira.

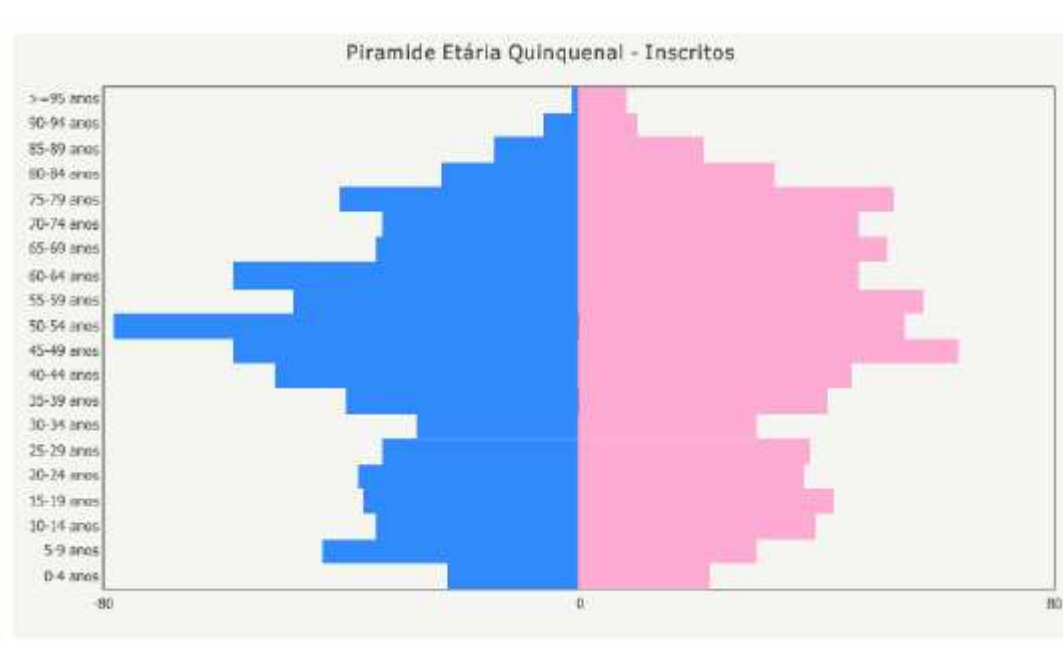
Na conceptualização dos cuidados são vários os modelos disponíveis para avaliar a dinâmica familiar, permitindo aplicar os conhecimentos de forma prática, organizar e estruturar as intervenções, obtendo ganhos em saúde (Correia et al, 2001).

O MDAIF foi o modelo adotado pelo sistema de informação Sclínico®. Este modelo afirma-se como um referencial de conceitos e métodos que visa responder às necessidades específicas dos enfermeiros em Portugal nos cuidados prestados às famílias. A sua estrutura prática possibilita a interligação entre as diversas fases do processo de enfermagem, servindo como uma ferramenta orientadora e sistematizadora das práticas de enfermagem em SF (Figueiredo, 2020).

### **2.3.1 Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família**

A família, enquanto sistema, desempenha funções importantes, constituindo-se como um apoio fundamental para a vida e saúde dos seus membros, sendo considerada uma unidade dinâmica com capacidade de se auto-organizar. Para a sua melhor compreensão é crucial adotar um modelo que reconheça a sua complexidade, globalidade, reciprocidade e várias dimensões, considerando não só a sua história como o seu contexto. Ao se compreender a estrutura, os processos de desenvolvimento e o modo como funcionam, será promovida uma prática capacitadora das famílias, que lhes permitem fazer face às exigências específicas do seu ciclo de vida (Figueiredo, 2020). Destaca-se, assim, a importância da caracterização das famílias na prática de enfermagem, enfatizando a necessidade de uma abordagem holística que considere as necessidades individuais e também as influências familiares e contextuais.

Para esta caracterização procedeu-se à impressão da listagem das famílias atribuídas à EF, através do SClínico®. Após consulta das listagens impressas contabilizou-se um total de 1888 utentes distribuídos por 871 famílias, tendo estes dados sido trabalhados em Excel®. Foi possível identificar um número claramente superior ao preconizado, como se constata no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Regulamento nº743/2019 de 25 de setembro de 2019. Neste regulamento lê-se que para efeitos de cálculo da dotação de pessoal de enfermagem, nas UCSP, recomenda-se a aplicação do rácio de 1550 clientes e 350 famílias por enfermeiro.

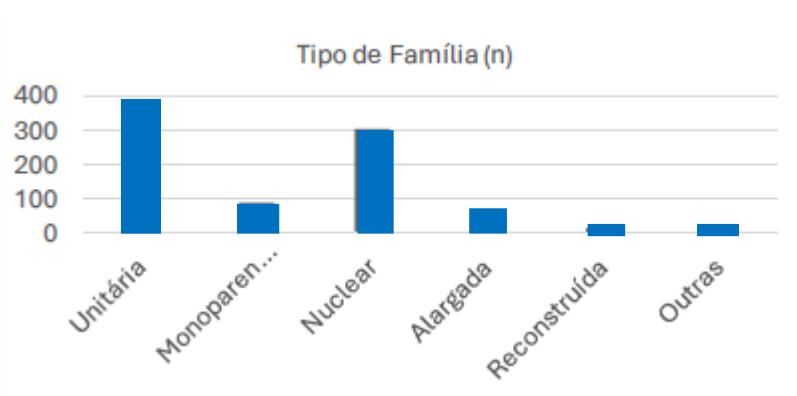


**Gráfico 3:** Pirâmide etária da população inscrita no ficheiro da enfermeira orientadora  
 Fonte: MIM@UF, acedido em outubro de 2024

O ficheiro caracterizado evidencia uma população maioritariamente adulta, sendo a faixa dos 50-54 anos a mais predominante. Constata-se ainda, à semelhança dos utentes inscritos na UCSP (30% com idade igual ou superior a 65 anos), que 25% dos utentes inscritos no ficheiro da EF têm idade igual ou superior a 65 anos (gráfico 3).

A família é vista como um grupo de pessoas cooperantes que convivem sob o mesmo teto, sendo classificada em unitária, nuclear, alargada, reconstruída e monoparental, sendo esta a classificação adotada pelo SClínico®.

Considerando esta classificação, após avaliação do processo familiar, verificou-se que existem 378 famílias unitárias, 306 famílias nucleares, 88 famílias monoparentais, 70 famílias alargadas, 15 famílias reconstruídas e 14 designam-se por outras por não se enquadrarem em nenhuma das tipologias anteriores (gráfico 4).



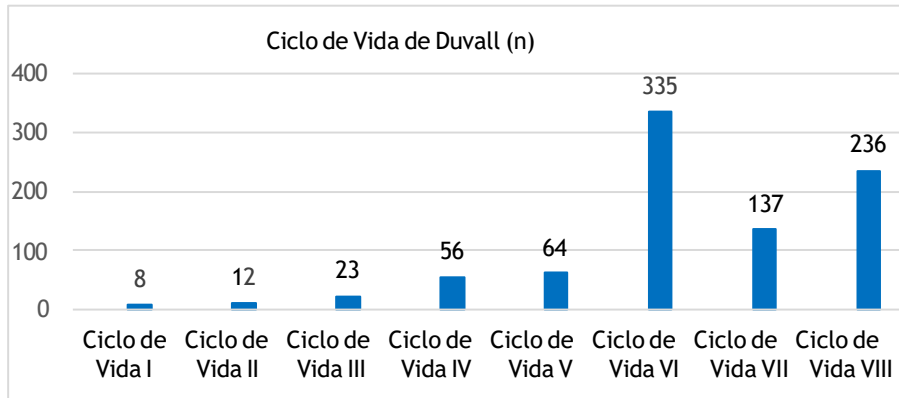
**Gráfico 4:** Tipologia de famílias do ficheiro da enfermeira orientadora

Aquando da caracterização do ficheiro e posterior análise de dados, foi evidente um número significativo de famílias unitárias (378). Uma das causas apontadas foram erros administrativos, relacionados com a inscrição de utentes, visto que em algumas situações existiam famílias unitárias em que o único membro da família era um menor. No entanto, este é um número que acompanha o crescimento destas famílias neste município, como mostram os CENSOS de 2021, havendo um aumento significativo de famílias unitárias, ao longo dos últimos anos (1250 em 1960 e 4088 em 2021) (PORDATA 2024). Outras justificações prendem-se com a maioria destas famílias serem de migrantes e elementos da mesma família terem enfermeiros de família diferentes.

Noutras situações, embora os agregados familiares fossem compatíveis com a tipologia alargada (pais, avós, filhos) constatou-se, pelo conhecimento da EF, que não correspondia à realidade. Este foi um processo moroso, não sendo possível, por vezes, efetuar as devidas correções por diversos constrangimentos, nomeadamente: o elevado número e recente atribuição de utentes à EF, muitos deles migrantes e ainda sem consulta de enfermagem, e falhas na inscrição dos utentes, como ausência de contacto telefónico, o que impossibilitou a comunicação com os mesmos.

Durante o seu percurso, a família percorre várias etapas de transição previsíveis definindo o seu desenvolvimento, nas quais são redefinidas as expectativas mútuas e a organização da vida familiar. O ciclo de vida descreve a história, a evolução e a transformação de cada família ao longo do tempo.

Adotado pelo SClínico®, o ciclo de vida de Duvall tem sempre em consideração o filho mais velho e contempla os VIII estádios, mencionados no tópico anterior.



**Gráfico 5:** Distribuição das famílias por estadio do Ciclo Vital de Duvall

Foram identificadas no ficheiro: 8 famílias no estadio I, 12 famílias no estadio II; 23 famílias no estadio III; 56 famílias no estadio IV; 64 famílias no estadio V; 335 famílias no estadio VI; 137 famílias no estadio VII e 236 famílias no estadio VIII (Gráfico 5).

Perante estes dados, o estadio VI, “família com filhos adultos” é aquele em que maior número de famílias abrange.

O desenvolvimento familiar tem sofrido influências das mudanças sociais e da diversificação das estruturas familiares ao longo das décadas. Diante dessa complexidade, surgem questões sobre a adequação da perspetiva do ciclo vital para explicar esse desenvolvimento. As famílias modernas são inquestionavelmente diversas em termos de estrutura, dinâmica e trajetória, e uma abordagem que valorize apenas uma perspetiva pode não englobar toda essa complexidade. Ao optar por uma única perspetiva, corre-se o risco de simplificar excessivamente algo tão rico e complexo como o desenvolvimento familiar. Torna-se assim importante reconhecer a multiplicidade de influências que moldam as famílias e adotar uma abordagem mais holística, que permita uma compreensão mais completa e contextualizada do desenvolvimento familiar (Martins, 2018).

## 2.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

A consulta de enfermagem é uma consulta autónoma, programada ou não, presencial ou não, que pode ocorrer em diferentes contextos, permitindo atender às necessidades em cuidados

de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados e a referenciação da pessoa para EE ou para outros profissionais (OE, 2021).

Quando se aborda o processo de cuidados dos enfermeiros nos CSP, o desenvolvimento de consultas é talvez a atividade mais realizada (Melo, p.13, 2021)

Nas USF, nas UCSP os enfermeiros realizam as consultas de enfermagem aos indivíduos e famílias ao longo do ciclo de vida, para identificar os diagnósticos e, colaborativamente com o utente/família, estabelecer um plano de cuidados com intervenções adequadas para atingir ganhos em saúde (Melo, 2021). Demonsthenous (2017) e Hastings (2006) citados por Melo (2021) referem tratar-se assim, de um processo intencional e profissionalizado de organização da interação com o cliente, que permite sistematizar enquanto método científico o processo de enfermagem, assegurando que o cuidado é adequado, individualizado e efetivo. Todas as consultas são interdependentes das transições do ciclo de vida, que podem ser normativas ou de saúde-doença, por exemplo.

A consulta de Enfermagem de Família surge alicerçada no pensamento sistémico colaborativo, centrado no sistema familiar e dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família (Friedman, 1998).

Friedman (1998) clarifica o conceito de enfermagem de família, referindo que a revisão da literatura em enfermagem revela quatro níveis de prática profissional, dentro da enfermagem de família. Um primeiro nível em que a família é considerada contexto: cada um dos membros da família, sendo a família vista como um recurso e fator contextual. Um segundo nível em que a família é vista como a soma das partes: cada um e todos os diferentes elementos da família. O terceiro nível em que o subsistema familiar é visto como cliente: subsistemas familiares (trabalho com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos). Por fim, o nível quatro em que a família é o cliente: dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura e funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

Para Friedman (1998) referido por Figueiredo (2009) a enfermagem de família baseia-se no pensamento sistémico, centrando-se quer no sistema familiar, quer nos individuais, salientando a interação e reciprocidade verificada entre os membros da família.

Para prestar um cuidado eficaz à família como unidade de cuidados, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) deve alcançar o nível IV. O Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de ESF promove o desenvolvimento necessário para atingir esse patamar.

As consultas de enfermagem que se realizam na USF e na UCSP, pelo EEESF, são as seguintes: Planeamento Familiar; Saúde Materna; Saúde Infantil e Juvenil; Saúde do Adulto e Idoso, incluindo as Consultas de Diabetes e Hipertensão; Consultas de Rastreio. Para além destas, são realizadas consultas de doença aguda, vacinação, tratamentos à pessoa/família com ferida, cuidados ao domicílio ou outros cuidados consoante as necessidades identificadas pela família e pelos profissionais de saúde.

As consultas de enfermagem são realizadas de acordo com os programas de saúde vigentes no país e também como resultado de encaminhamentos de outros serviços de saúde. Essas consultas são centradas no indivíduo, que faz parte de uma família, sendo esta o principal foco das consultas. Ambas as unidades mantêm uma ótica de que a saúde individual e familiar são interdependentes e influenciam-se mutuamente.

Durante as consultas, oportunamente são identificadas as necessidades da família e, em colaboração com esta, é estabelecido um plano de cuidados baseado em uma abordagem sistémica. Esse plano é estruturado para atender tanto às necessidades individuais como familiares. Além do foco na promoção da saúde, as unidades também atuam na prevenção, oferecendo à população uma variedade de rastreios para a deteção precoce de neoplasias e outras doenças.

Na USF, os utentes estão incluídos em uma ou mais consultas de enfermagem. A carteira de contratualização engloba as seguintes consultas de enfermagem: Programa Nacional para a Diabetes (187 utentes), Programa Nacional da Hipertensão Arterial (345 utentes), Planeamento Familiar (184 utentes), Rastreio Cancro Colo Retal (427 utentes), Rastreio Cancro Colo Útero (165), Saúde Infantil e Juvenil (167 utentes), Saúde Materna (4 utentes) e ainda consultas abertas. Existem também consultas de enfermagem e médica no domicílio e atendimento telefónico pelo médico e/ou enfermeiro.

Relativamente à UCSP, os utentes estão também incluídos em uma ou mais consultas de enfermagem. Engloba as seguintes consultas de enfermagem: Programa Nacional para a

Diabetes (125 utentes), Programa Nacional da Hipertensão Arterial (323 utentes), Planeamento Familiar (335 utentes), Rastreio Cancro Colo Retal (470 utentes), Rastreio Cancro Colo Útero (298), Saúde Materna (8 utentes), 274 utentes entre os 0 e os 12 anos que estão inseridos no Programa de Saúde Infantil, 111 utentes dos 13-17 anos com o Programa de Saúde Juvenil.

### **3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

A eficácia dos cuidados de enfermagem reflete-se nos resultados obtidos em saúde familiar e torna-se evidente quando os objetivos definidos em conjunto com as famílias são atingidos. O planeamento dos cuidados, fundamentados em evidências científicas e alinhada com a preferência da família, só pode ser concretizado por meio da aplicação adequada de modelos de avaliação e intervenção familiar.

Existem diversos modelos de avaliação e intervenção familiar, destacando-se: Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF), construído por Wright e Leahey; O Modelo de Avaliação de Friedman, desenvolvido por Friedman (1998) (Wright e Leahey, 2012); O Modelo da Escola da Promoção da Saúde na Família criado por Moyra Allen (1970) (Gottlieb, 2016) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Maria Henriqueta Figueiredo (2009) (Figueiredo, 2020).

A essência da enfermagem é o reflexo da evolução das suas teorias, segundo Alligood (2018) uma teoria é um combinado de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática, assim, esta é importante tanto para a enfermagem enquanto disciplina (ensino), como enquanto profissão, no que respeita a ser um campo prático especializado.

Alligood (2018) define a teoria de enfermagem como um grupo de conceitos relacionados que provêm de modelos de enfermagem, proposições testáveis das filosofias, modelos conceituais, grandes teorias, teorias de enfermagem abstratas ou teorias de outras disciplinas.

Segundo George (1993) as teorias constituem uma forma sistemática de olhar para o mundo, permitindo assim descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. As teorias são compostas e definidas tendo por base os conceitos, definições, modelos e proposições, e são baseadas em suposições. Os conceitos e suas definições são essenciais à compreensão de uma teoria.

A teoria dá significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos (Tomey & Alligood (2002).

Para Tomey & Alligood (2002, p.7), “a teoria de Enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem”.

Enfermagem é uma profissão que está em desenvolvimento, continua profundamente envolvida na identificação de uma base de conhecimentos próprios e singulares. Nessa identificação, inúmeros conceitos, modelos e teorias, específicos à enfermagem, estão a ser desenvolvidos, reconhecidos e definidos (George, 1993).

O EF será tanto melhor quanto mais souber utilizar em conjunto os conceitos e asserções que cada uma delas fornece (Hanson, 2005).

Para além das teorias de enfermagem, foram desenvolvidos modelos integrados, que se inspiram em pressupostos da ciência social da família, da terapia familiar e dos conceitos de enfermagem (Hanson, 2005).

Os modelos conceptuais instituem um quadro referencial e coerência na forma de pensar sobre os fenómenos de Enfermagem (Hanson, 2005), servindo como estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso (OE, 2023).

### 3.1 MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

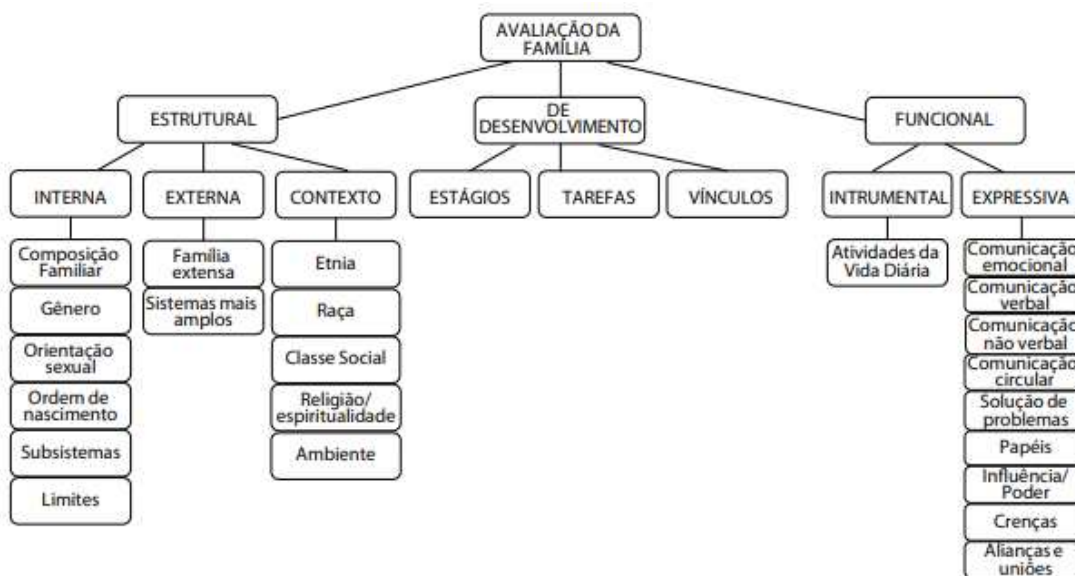
O MCAIF foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey e é o referencial teórico no desenvolvimento de competências pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) (OE, 2023).

Segundo Figueiredo (2020) os modelos conceptuais oferecem perspectivas distintas para a prática do enfermeiro, servindo de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem, podendo estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática clínica. Os modelos são compatíveis com o processo de enfermagem, fundamentam as tomadas de decisão dos enfermeiros, permitindo uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação, cimentadas nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar.

A enfermagem de família constitui-se como uma área específica no contexto geral da enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, numa perspectiva sistémica dos cuidados. A intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados para a colheita de dados e para o planeamento das intervenções. Nesta perspectiva, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) permite compreender a família na sua multidimensionalidade (Figueiredo & Martins, 2010).

O MCAF foi publicado pela primeira vez em 1984 e o Modelo de *Calgary* de Intervenção Familiar (MCIF) publicado em 1994, sendo que o Modelo de Avaliação está associado ao Modelo de Intervenção, adaptado a partir do modelo de avaliação familiar de *Tomm & Sanders* (Figueiredo, 2020).

O MCAF é uma estrutura multidimensional, integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, influenciada pelo pós-modernismo e pela biologia de cognição. Este modelo consiste em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (*Wright & Leahey, 2011*), como se pode verificar na figura 3.



**Figura 3:** Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Avaliação da Família.  
 Fonte: <https://www.researchgate.net/publication/310491081>

Nos CSP, todas as famílias são suscetíveis de avaliação. A avaliação familiar permitirá a identificação dos recursos e forças da família, assim como as suas necessidades, congruentes com a sua unicidade, e desta forma o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades (Figueiredo, 2020).

Durante a realização do estágio foram avaliadas várias famílias e, neste contexto, encontra-se em apêndice a este relatório a avaliação mais detalhada a uma família com uma adolescente, tendo por base o MCAF (Apêndice 1). Na avaliação da família, houve necessidade de aplicar outro modelo, o Modelo da Escola da Promoção da Saúde na Família de Moyra Allen, será apresentado de seguida e fundamentada a sua aplicabilidade.

### 3.2 MODELO DA ESCOLA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FAMÍLIA DE MOYRA ALLEN

Figueiredo (2020) refere que os modelos e teorias de enfermagem contribuíram para expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e simultaneamente a sua afirmação conceptual, mencionando a teoria de Moyra Allen, como uma das mais relevantes ao desenvolvimento da enfermagem da família.

Birra (2020) citando Gottlieb & Rowat (1987), Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major (1994), afirma que o modelo denominado *The McGill Model of Nursing* foi desenvolvido, ao longo de vários anos, por alunos e professores da Universidade McGill sob orientação da teórica canadiana, Moyra Allen.

Estes autores desenvolveram uma pesquisa baseada na prática de enfermagem e, a partir desta análise, começaram a emergir os elementos que distinguiriam este modelo de enfermagem dos restantes. Sabe-se que todos os modelos desenvolvidos têm subjacente um contexto inicial onde serão aplicados. Especificamente o modelo McGill desenvolve-se na comunidade com a crença de que a saúde é o seu recurso mais valioso. Por outro lado, sabe-se que qualquer modelo de enfermagem desenvolvido pressupõe um conjunto de premissas base. Primeiramente, pressupõe que indivíduos e famílias saudáveis tanto a nível físico como mental terão melhor qualidade de vida, algo que todos aspiram para a sua vivência. Os restantes dois pressupostos são decorrentes desta mesma ideia. Assim, a saúde aprendida através das vivências pessoais, pressupõe participação ativa de todos os indivíduos e que estes devam motivar-se a fim de atingir um estadió de saúde o mais elevado possível (Birra, 2020).

O modelo McGill confere à enfermagem um papel distinto e único no sistema de saúde. Afirma que o enfermeiro não surge como substituto de outros profissionais de saúde, mas sim como complemento na sua intervenção sendo agente facilitador, estimulador e motivador para a família no desenvolvimento do seu potencial para a saúde (Birra, 2020).

O enfermeiro, em parceria com a família, planeia os cuidados a desenvolver tendo por base o máximo potencial e motivações dos elementos da mesma. Estabelecem-se as etapas a seguir, o papel de cada um segundo o ritmo familiar, realizando avaliações regulares do seu desempenho, concluindo as modificações necessárias para que uma mudança se produza na

família. Assim, o foco está voltado para uma situação de saúde que se altera sucessivamente e que está relacionada com situações passadas e experienciadas pela família (Birra, 2020).

Segundo a teórica Allen, o objetivo principal do cuidado em enfermagem é a promoção da saúde, seja no seu desenvolvimento, na sua manutenção ou no seu reforço, junto da família e dos seus membros e através dos processos de aprendizagem dos mesmos. Essa relação de proximidade baseia-se na interação nos principais conceitos do modelo: família, saúde, aprendizagem e colaboração. Estes conceitos formam uma estrutura organizacional para cuidados de enfermagem atentos à situação de saúde que chama de “Situação de enfermagem responsiva” (Birra, 2020).

No que diz respeito aos conceitos metaparadigmáticos do modelo, Allen considera que a saúde é o componente central e o foco da prática de enfermagem no modelo.

O segundo conceito metaparadigmático considerado, a pessoa, diz respeito ao foco de preocupação do enfermeiro aquando da sua intervenção, a família. Isto significa que essa família, juntamente com os seus membros são considerados sistemas abertos em constante interação entre si e o meio que os envolve. Pressupõe-se então que as mudanças que ocorrem em qualquer microsistema influenciarão os restantes e vice-versa (Birra, 2020, citando Miller, 1980).

No Modelo *McGill*, o ambiente é considerado como o contexto em que a saúde e os comportamentos potenciadores de saúde são desenvolvidos e aprendidos. Essa aprendizagem pode acontecer através de diversos meios, em diversas situações e em diversos locais, entre os quais, em casa, na escola, no hospital e/ou no local de trabalho.

A pessoa e o ambiente são entendidos como sistemas em constante interação, e cada um individualmente é influenciado e influencia o outro (Birra, 2020).

Enfermagem concerne em si a promoção da saúde, seja no seu desenvolvimento, na sua manutenção ou no seu reforço, junto da família e dos seus membros e através dos processos de aprendizagem dos mesmos. O utente é convidado a envolver-se em todo o processo, adquirindo e aprendendo hábitos potenciadores da sua saúde. As aprendizagens dependem das experiências estruturadas e implementadas pelos enfermeiros direcionadas para a supressão das necessidades, alcance de objetivos e encontro de estratégias para a resolução

de problemas de cada pessoa e família. Assim, mudar ou fortalecer um comportamento depende dos recursos intrínsecos da pessoa e da família.

Negociação, colaboração e coordenação são características que devem pautar a relação de confiança estabelecida entre o EF e a família. Esses recursos estão presentes durante as fases de análise, implementação e avaliação, à medida que a família e o enfermeiro trabalham juntos numa variedade de situações relacionadas à manutenção e potenciação da saúde, sempre em modo colaborativo (Birra, 2020).

Se fizermos uma correlação do Modelo de *Allen* com as funções do EF dos CSP, temos bases idênticas.

No Diário da República (2014) o EF, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, designadamente: desenvolvendo o processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases daquele processo; focalizando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente e prestando cuidados nas diferentes fases da vida da família; avaliando e promovendo as intervenções que se mostrem mais adequadas a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

O EF interage com a família a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre a família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família, sempre num modo colaborativo (OE, 2010).

Segundo o OE (2017) já em 1997 a OMS, reconhece a importância do EF pela proximidade e pelas competências no âmbito dos cuidados ao longo do ciclo vital e na promoção das respostas adaptativas às transições dos indivíduos e famílias, pois encontra-se numa posição privilegiada para criar projetos de saúde com as mesmas.

Já no Modelo de Moyra Allen, orientado para a promoção da saúde no seio da família, o objetivo dos cuidados é a promoção da saúde na família e dos seus membros, pela ativação do seu processo de aprendizagem e influência mútua. O enfermeiro atua como agente

facilitador, estimulador e motivador face à aprendizagem, recorrendo à negociação, colaboração e coordenação com a família (Morais, 2012).

No trabalho realizado com a família da adolescente (Apêndice 1) houve a necessidade de trabalhar com os pais para posteriormente, após aprendizagem, transmitirem os conhecimentos para a filha.

### 3.3 MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O MDAIF tem na sua base a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética e Teoria da Comunicação Humana. Sustenta-se no Pensamento Sistémico e articula os pressupostos do MCAF E MCIF, considerando a família como unidade de cuidados. O seu foco é a família como um todo e em cada um dos seus membros individualmente (Figueiredo, 2020).

O uso do referencial teórico e operativo MDAIF, possibilita alcançar a competência de identificar precocemente os determinantes de saúde com efeitos na saúde familiar, pois integrando várias ferramentas de avaliação individual e de grupo, a estrutura conceptual e operativa do MDAIF identifica determinantes de saúde potencialmente modificáveis (Figueiredo,2020).

O MDAIF, modelo estudado e aplicável para as famílias portuguesas, permite dar resposta às necessidades das famílias portuguesas, assim como dos próprios enfermeiros de CSP, de forma a guiar o seu trabalho nos cuidados à família, operacionalizando-os como unidade (Figueiredo, 2020).

A avaliação familiar é constituída por uma estrutura de organização sistemática em três dimensões: estrutural, do desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2020).

Não sendo o modelo preconizado pela OE, enquanto futura EESF, tive a oportunidade de trabalhar com o modelo, tanto a nível teórico como nos estágios, tendo sido gratificante o momento de aprendizagem do modelo estudado para as famílias portuguesas.

#### **4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

O presente capítulo tem como finalidade refletir sobre as competências adquiridas ao longo dos três estágios. Para a OE competência é definida como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (OE, 2017a, p.2). Na mesma linha de ideia, para Benner (2001), a competência pode ser definida como a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade.

##### **4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS**

Segundo o regulamento n.º 140/2019, do Diário da República, as competências comuns são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

O EE é definido pela OE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

Segundo a OE (2019), as competências comuns do EE elencam quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste subcapítulo descrevem-se as atividades que suportam o desenvolvimento das competências comuns dos enfermeiros especialistas.

##### **4.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal**

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal conjeturam uma prestação de cuidados segundo princípios, valores e normas deontológicas, bem como tomadas de decisão que avaliem o processo e os resultados da tomada de decisão, em parceria com o utente, suscitando a reflexão da mesma. Devem ser garantidas práticas de

cuidados que respeitem e promovam a proteção dos direitos humanos, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente (DR, 2019).

Para Melo (2021), o ambiente em que decorre a consulta de Enfermagem é importante, nomeadamente em aspetos como a sonoridade, espaço físico, privacidade, segurança e materiais. Todos estes pontos são fundamentais para garantir a confiança, a dignidade e a efetividade dos melhores cuidados. Além do ambiente, também a forma como o Enfermeiro se apresenta, as suas expressões faciais e a posição física em relação ao utente, o seu tom de voz e as expressões usadas, são importantes para tornar a consulta de Enfermagem uma consulta de qualidade. O enfermeiro deve ter uma noção de si próprio na interação e treinar modos de interação favoráveis a uma relação terapêutica.

É pertinente a distância a que o enfermeiro se situa do utente durante a consulta, sendo claro que em determinados cuidados tem de ser estabelecida uma distância menor, como na avaliação de dados antropométricos. O enfermeiro deve sempre pedir consentimento ao utente para entrar no limite de distância, e garantir que a intimidade e a privacidade são respeitadas (Melo, 2021).

Os gabinetes de Enfermagem de ambas as unidades permitiram estar perante as condições ideais para promover este tipo de medidas. Neste sentido, houve a oportunidade de respeitar a privacidade da família, fechando sempre a porta do gabinete; o sigilo profissional, não partilhando informações das famílias, salvo em situações de referência médica ou para outros profissionais de saúde; o respeito pelo utente/família, tratando-o pelo nome, olhando para si durante a comunicação; a decisão clínica em parceria com o utente, fornecendo informação importante para si naquele momento. Para além disso, foram adotadas medidas para a segurança de dados e dos registos clínicos, utilizando adequadamente todos os sistemas de informação disponíveis nomeadamente o SClínico® e o Evacinas® (programa para registo de vacinas) para que a continuidade dos cuidados se mantivesse.

Durante os estágios foi sempre uma preocupação a prestação de cuidados humanizados, tendo em conta aspetos como o respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas do utente, pela sua privacidade e confidencialidade e segurança da informação escrita e oral, adquirida enquanto profissional. Muitas vezes, as famílias entravam e deixavam a porta

encostada e o facto de se ter o cuidado de ir fechar a porta, promovia a privacidade das famílias.

No contexto dos estágios, havia uma multiculturalidade evidenciando assim a importância dos aspetos mencionados no parágrafo anterior. Houve uma necessidade de tentar aprender com as famílias, culturas diferentes e adaptar os ensinamentos a cada família, de forma individualizada.

Numa consulta com uma família, os pais e a filha de 6 meses, foram avaliados os parâmetros de desenvolvimento, Mary Sheridan: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. Avaliado o peso, perímetro cefálico, percentil. Avaliado a dentição, erupção dentária. Verificado e administrado as vacinas do Plano Nacional de Vacinação. ´

Foram realizados ensinamentos aos pais sobre o início da diversificação alimentar, tendo em consideração regime alimentar/preferências/conhecimentos dos pais, sendo possível perceber, ao longo destes ensinamentos que a bebé já se alimentava de quase tudo, cumprindo uma dieta quase idêntica aos pais. Nomeadamente antes de entrar para a consulta, tinha estado a alimentar-se de arroz e cenoura triturados. Foi possível perceber que na cultura desta família a introdução alimentar realizava-se de forma diferente, fazendo sentido para estes pais. Foram alertados para os sinais de alarme, nomeadamente sinais de intolerância alimentar.

A promoção de prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019), permite que se ofereça ao utente a melhor resposta no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, pelo que o conhecimento da estrutura física e dinâmica organizacional dos contextos de estágio, numa perspetiva crítica, contribuiu para melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, houve sempre o interesse de conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional dos contextos, de modo a proporcionar a melhor concretização do estágio. Os dois primeiros estágios, foram realizados na mesma unidade funcional, permitindo assim ter um conhecimento do espaço físico, conhecer os circuitos e os espaços existentes. A familiarização com a unidade e a equipa facilitaram a prestação de cuidados de qualidade e as tomadas de decisões, promovendo a reflexão acerca dos mesmos.

No último estágio houve necessidade de mudar para outra unidade funcional, mas todo o processo de adaptação foi rapidamente ultrapassado, pela receção e acolhimento concebidos pela unidade e equipa, de modo positivo.

#### **4.1.2 Melhoria contínua da qualidade**

A qualidade em saúde é explicada pelo *Institute of Medicine* (IOM) como sendo o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente (Mendes, 2012).

Os cuidados de qualidade implicam uma prática de Enfermagem baseada em evidência científica, sendo que a teoria se constitui como um sistema de conceitos que tem como objetivo orientar a prática e a investigação. Em qualquer profissão, é imprescindível a teoria para explicar a prática e esta deve ser atualizada de forma constante “à luz de novos conhecimentos e perceções” (Gottlieb, 2016, p.56).

Os Enfermeiros necessitam de ter uma perspetiva teórica como suporte do seu cuidar e ir modificando a mesma, conforme a evolução da sua experiência profissional e através da aquisição de novos conhecimentos (Gottlieb, 2016).

Neste sentido, é essencial a atualização dos conhecimentos e nos estágios houve a oportunidade de o fazer, não só pelo interesse demonstrado em adquiri-los, como também pelos conhecimentos que me foram transmitidos pelo EO.

Ainda, houve necessidade de aprofundar conhecimentos da pesquisa da mais recente evidência científica, de forma a prestar cuidados da máxima qualidade possível.

Houve oportunidade de colaborar com a UCSP, criando o “Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde – UCSP” (APÊNDICE 2) e o documento “Processo Assistencial Integrado, EF: Programa de Rastreio Oncológico” (APÊNDICE 3). Deste modo, foi possível ser parte integrante da conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, desenvolvendo práticas que fomentem a mesma, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua para a unidade funcional e promovendo um ambiente terapêutico e seguro na prestação de cuidados.

Enquanto futura EEESF, é imprescindível estar ciente da importância de pequenos detalhes e familiarizada com a elaboração de documentos relevantes que contribuem para o bom funcionamento de uma unidade de saúde.

#### **4.1.3 Gestão dos cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, considera-se que o enfermeiro especialista: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde;” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p.4745).

Fleury & Fleury citados por Cunha & Neto (2006) enumeram ainda como competências profissionais: saber agir, mobilizar, comunicar, aprender, comprometer-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica. Todas estas competências poderão ser, indubitavelmente, adaptadas à realidade do enfermeiro, numa perspetiva da gestão dos cuidados.

Assim, foi primordial conhecer os processos organizacionais das unidades funcionais, nomeadamente o seu Regulamento interno, o Plano de Ação, Manual de procedimentos, protocolos, entre outros, a dinâmica da equipa e os distintos papéis e funções de cada um dos seus elementos. Ao conhecer a dinâmica organizacional da unidade, o enfermeiro terá uma visão mais ampla de todo o processo de gestão de cuidados.

Houve um sentimento de pertença nas equipas de saúde em ambas as unidades, através da contribuição da gestão dos cuidados prestados à pessoa e sua família. Cada profissional da equipa multidisciplinar possui competências específicas e, durante a prestação de cuidados, houve necessidade de encaminhar a pessoa/família para outro elemento da equipa. Na USF surgiram alguns doentes diabéticos que foram encaminhados para a Enfermeira com mais competência para abordar o pé diabético. Foi também encaminhado um doente, com necrose da extremidade dos dedos, para a unidade hospitalar mais próxima. Na UCSP, foram referenciadas grávidas para a UCC onde se realizava o curso de preparação para o parto. Ocorreu uma situação com uma adolescente, com queixas algícas associadas a uma deformação visível na coluna, a qual foi encaminhada com urgência para o médico assistente, orientando a mãe da mesma.

Estes exemplos dão assim resposta às unidades de competência como: reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde; otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados; negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade; utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

#### **4.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais identificam-se duas competências: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O Enfermeiro deve desenvolver o seu autoconhecimento e reconhecer os seus limites, tanto a nível pessoal como profissional. É assertivo na comunicação com o outro baseando, como já referido, a sua prática em evidência científica e realizando estudos de investigação (OE, 2019).

Gottlieb (2016) citando Taylor (2004), menciona que a postura profissional dos enfermeiros se encontra enraizada na tradição, conhecimento e experiência, assim como na cultura e nas práticas normativas do seu ambiente de trabalho.

Gottlieb (2016) refere que o Enfermeiro, quando está ciente das suas crenças e valores, está mais apto a exercer de uma forma que o inspira a cuidar de maneira a refletir quem é ele realmente, o que é importante para ele e no que ele acredita ser normalmente correto. Assim, não é possível distanciar a componente pessoal da componente profissional, encontrando-se enraizadas e só assim se constrói um Enfermeiro completo e humano.

Para a OE (2019) relativamente à primeira competência, o EE demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. E em contexto singular, profissional e organizacional, releva a dimensão de Si e da relação com o Outro. Neste, são de referir duas unidades de competência: detêm consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

Na segunda competência, o EE alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. São três as unidades de competência:

responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; suporta a prática clínica em evidência científica e promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019).

Durante os estágios, foi possível desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, na prestação de cuidados. Ocorreu uma constante interação com as mais diversas realidades e culturas, com as suas características, especificidades, valores e crenças. Este contexto foi promotor de autoconhecimento e aprendizagem, de desenvolvimento de habilidades e competências comunicacionais não só numa relação terapêutica, mas nas restantes relações.

Reconhecer os limites pessoais e profissionais, o facto de percorrer 60 quilómetros (km) para o local do estágio e ter já começado com um atraso no início do mesmo (devido a autorizações superiores), foi um desafio gratificante. O bom ambiente da unidade e a colaboração de toda a equipa de ambas unidades funcionais da ULS Médio Tejo, possibilitou no meio dos desafios e contratempos o desenvolvimento de aprendizagens pessoais e profissionais.

Foi possível colaborar em todas as atividades de enfermagem, considerando-as como oportunidades de desenvolvimento e de mobilização de conhecimentos adquiridos em contexto profissional e académico. Houve oportunidade de colaborar na vacinação sazonal da gripe e Coronavírus Disease de 2019, na UCSP, permitindo perceber a dinâmica da campanha de vacinação e ser mais uma oportunidade de aprendizagem profissional.

Foi de inquestionável importância a oportunidade de desenvolver na abordagem com as famílias os referenciais teóricos que foram relevantes para a prática de ESF, nomeadamente o MCAF, o Modelo Escola da Promoção da Saúde na Família de *Moyra Allen* e o MDAIF.

A oportunidade de desenvolver pesquisa e investigação nas bases de dados sobre os mais diversos assuntos promoveu o desenvolvimento de competências de investigação, através da elaboração de um estudo quantitativo.

Foi possível apresentar um póster com o estudo realizado, “Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes”, no “4º Encontro Internacional (RE)Pensar O VIH/SIDA, sigamos o caminho dos direitos!” organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ANEXO 1). No “II Congresso Internacional, A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar” organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Viseu

foi apresentada uma comunicação oral “Uma família com filhos adolescentes: aplicabilidade do Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar” (ANEXO 2). E no “1st International Congress of Family Health (ICFH)”, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Aveiro, foi apresentado um póster sobre o estudo realizado, “Famílias com filhos adolescentes, o conhecimento sobre sexualidade e a comunicação” (ANEXO 3). Foi possível participai no “Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar” organizado pela ESS (ANEXO 4).

O trabalho desenvolvido permitiu uma reflexão e avaliação das práticas, contribuindo positivamente para o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais.

## 4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

O presente capítulo visa dar ênfase às atividades desenvolvidas nos estágios segundo as Competências Específicas do EEECESF, que estão definidas em regulamento próprio e são designadamente: “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” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF” (Regulamento nº 428/2018, p. 19355).

### **4.2.1 Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**

O explicativo da competência indica que o EEESF, “considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo, e nos seus membros, individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (OE, 2018, p. 19357).

Durante os estágios realizados, esta competência foi desenvolvida através de todo o contacto com as famílias, sendo que as atividades desenvolvidas ocorreram no âmbito dos diversos programas de saúde.

Segundo a OE (2018, pp. 19357-19358) é possível identificar oito unidades de competência, sendo que, os comportamentos demonstrados ao longo dos estágios e as atividades desenvolvidas, dão resposta aos critérios de avaliação definidos no Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, de cada unidade de competência, que de seguida se apresentam.

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

As famílias foram sempre abordadas com disponibilidade, relação de proximidade para responder às suas necessidades. O facto de se contactar mais do que uma vez com as mesmas famílias, permitiu trabalhar melhor a relação de confiança e permitiu igualmente estabelecer com as famílias principais objetivos de mudança, adotando uma postura de incentivo às famílias através da promoção, manutenção e fortalecimento da saúde da família e membros. Desenvolveu-se uma relação terapêutica com as famílias, de modo colaborativo e não hierárquico, obtendo assim ganhos na saúde familiar, promoção da saúde e prevenção da doença: promover a adoção de estilos de vida saudáveis, adaptados aos hábitos daquela família; promover alterações graduais para serem passíveis de adotar; encorajar a realização de atividades em família, que promovam tanto a saúde do utente que se encontra presente na consulta, como da restante família.

Foram criados planos de cuidados com a família, com fim à consecução dos objetivos definidos com a mesma. Em APÊNDICE 1 consta um plano de cuidados, como exemplo, da família com a filha adolescente com quem foi possível trabalhar no estágio II.

Ocorreram também situações em que a família não se encontrava atenta aos ensinamentos que estavam a ser realizados. Numa situação mais específica, a mãe encontrava-se desatenta aos ensinamentos, o que levou à conclusão que parte da informação que foi transmitida àquela família não iria ser retida ou aplicada. Foi perceptível que, apesar de importantes, os ensinamentos que estavam a ser transmitidos, naquele momento, não faziam sentido para aquela família, ou seja, não estavam abertos à mudança. Neste sentido, procurou-se perceber as necessidades da família naquele momento e realizar ensinamentos adequados. Foi necessário ajustar naquele momento a intervenção com a família, e também é isto o ser EESF, perceber as necessidades das famílias e ajustar-se, sempre de modo colaborativo com a família.

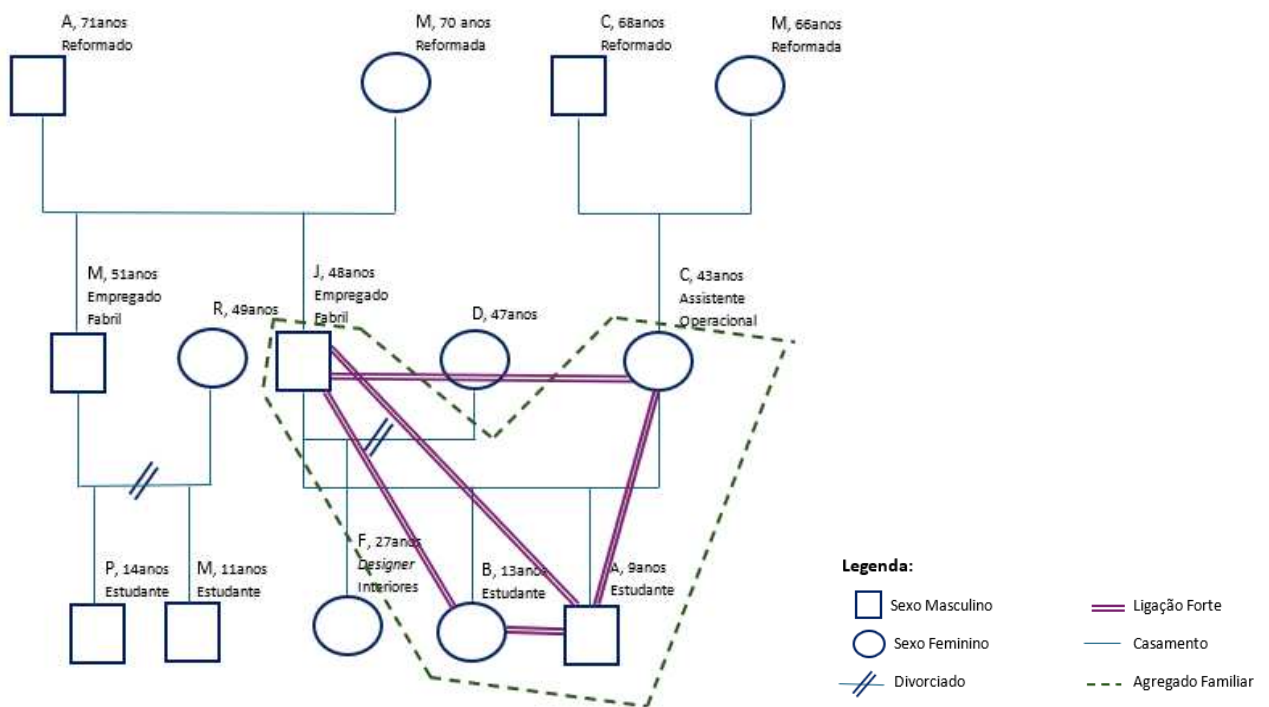
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

Foram colhidas informações sobre a estrutura familiar da família escolhida para desenvolver o trabalho no estágio II, construído o genograma e ecomapa. Foram recolhidos dados pertinentes sobre o estado de saúde da família e dos seus membros, através de várias fontes

(processo clínico, no diálogo com o EF, nas interações familiares observadas e no próprio discurso dos membros da família, assim como, na comunicação verbal e não-verbal no decorrer das consultas) que permitiram compreender a família, tendo em conta as suas características. Foi avaliada a família utilizando o MCAF e foram utilizados instrumentos de avaliação familiar, tais como: Genograma, Ecomapa, Graffar, Escala FACES (Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale) II, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, Escala de Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução (APGAR) Familiar de Smilkstein e Habitação Familiar (Apêndice 1).

De seguida, apresenta-se o que cada escala avalia e os resultados que fornece:

Genograma - Representação visual (dotada de simbologia própria) dos elementos da família alargada, da sua estrutura interna, relações entre si e dados de saúde mais relevantes. De seguida, encontra-se o genograma da Família (Figura 4).



**Figura 4:** Genograma da Família

Ecomapa – Representação visual da família em relação aos seus recursos. Mostra as relações

da família entre si e entre esta e o ambiente em que esta inserida, demonstrando os fluxos de energia, forças e conflitos;

Graffar – Indica o nível que a família ocupa na estratificação social (Classe social);

Escala FACES II – Avalia a dinâmica familiar. Dá-nos resultados sobre coesão, adaptabilidade e tipo de família;

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe - Mede eventos vitais, baseando-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste, depois de mudanças significativas na sua vida, cria um desgaste que pode levar a perda de saúde. O resultado da escala e a probabilidade de vir a ter problemas de saúde;

Escala de APGAR Familiar de Smilkstein - Avalia as relações familiares, revelando a perceção de cada um dos elementos sobre a funcionalidade familiar.

Foram identificadas crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos, classe social e ambiente e foi validada a coesão e adaptabilidade na família, essenciais nos processos de mudança que se pretenderam favorecer. Para além disso, foram validados e enumerados com a família as forças e os desafios percebidos/presentes e foram identificados os diagnósticos de Enfermagem. Em Apêndice 1 encontra-se a aplicação destes instrumentos com a família com a filha adolescente com quem houve oportunidade de trabalhar no estágio II.

Apesar de ser apresentada esta família em específico em apêndice, ao longo das consultas foi possível avaliar várias famílias, aplicando Escalas de Avaliação Familiar, sendo que foram utilizados instrumentos como a escala de APGAR Familiar, *Graffar* e Faces II, bem como o genograma e o ecomapa, com o apoio do EO.

- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

Foram mobilizados conhecimentos tanto de enfermagem de saúde familiar, como de outras ciências, para o raciocínio clínico e aplicados no cuidado às famílias. Foram analisados os antecedentes e relacionamentos familiares, estado de saúde e padrões de resposta familiar a transições complexas de saúde, na família estudada no estágio II. Foram avaliadas/identificadas as necessidades da família associadas à transição que estavam a vivenciar.

Nas famílias, em contexto de consulta, foram identificadas as etapas do ciclo vital das mesmas, bem como as transições individuais de cada membro. Importa referir que este trabalho não foi possível de realizar em todas as famílias, devido ao número elevado de consultas/inscrições esporádicas.

- Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

Quando nos referimos a “evidência” salientamos estudos realizados, pesquisas, indicadores de diagnóstico, entre outros aspetos, que devem ser conectados à experiência nos cuidados para a tomada de melhores decisões em saúde (Ferraz et al, 2020).

Foram mobilizados conhecimentos na base na melhor e mais recente evidência científica, de modo a compreender as famílias, avaliando e promovendo os melhores cuidados do EF. Isto permitiu que as famílias fossem capacitadas para a definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, criando um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados.

Ocorreram situações em que as famílias tinham chegado recentemente a Portugal, e dirigiam-se à unidade para a vacinação. Destaco a situação de uma família, pais e filhos, traziam o boletim de vacinas do país de origem, por vezes com alguma dificuldade foi possível identificar o esquema de vacinas já realizado. Também houve momentos em que foi necessário recorrer às normas de apoio da vacinação, aos esquemas de recurso, instituídos pela Direção Geral da Saúde (DGS). Identificando assim a situação complexa desta família, desenvolveu-se a prática do EF baseada na evidência científica e foi possível intervir de forma eficaz e completar o esquema de vacinação.

Procurou-se sempre, em cada intervenção, por em prática os conhecimentos decorrentes da componente teórica do Mestrado, focando sempre a família, e sempre de modo colaborativo com a família.

- Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

Foram promovidos vários momentos de consulta às famílias, com a identificação de situações complexas, de modo a facilitar o processo de conquista dos seus objetivos. Foram desenvolvidas com a família do estudo, estratégias para colmatar o défice de literacia

identificado, através dos ensinamentos por parte do EF, tais como: foi facultado à família, material de leitura sobre sexualidade: Infecções sexualmente transmissíveis (IST); Preservativo Masculino e Feminino (ANEXO IV e V; no Apêndice 1).

Numa consulta de saúde infantil, com um bebé, a mãe e o pai, foi possível trabalhar com esta família de modo a promover a sua saúde, prevenir a doença e controlar o surgimento de situações complexas através de uma colheita de dados pertinentes. Foram definidos objetivos futuros de saúde focados na mãe, no pai e no bebé, sendo realizado um plano de ação com a família. A família foi analisada como um todo, tendo em conta as suas necessidades individuais: no caso da mãe o planeamento do regresso à atividade laboral, no bebé o esclarecimento de dúvidas sobre a introdução alimentar e em relação ao pai a necessidade de continuar a apoiar a esposa e posteriormente conciliar com a mãe o horário da atividade laboral para ficar com o bebé.

Capacitando a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde, num ambiente seguro, foi possível ajudá-los a clarificar os recursos possíveis e disponíveis. Foram realizados ensinamentos aos pais sobre a introdução alimentar nesta fase de vida do bebé.

- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

Figueiredo (2020) refere que as transições familiares são eventos que sinalizam uma reorganização dos papéis e tarefas da família, tendo a enfermagem de saúde familiar uma ação centrada na promoção do desenvolvimento das famílias.

Ao longo dos estágios foi possível trabalhar com uma diversidade familiar significativa, incentivando sempre as famílias a exprimirem as suas preocupações de saúde, identificando as suas forças e as suas oportunidades nos processos de transição, em parcerias com as mesmas, facilitando assim a consciencialização para a mudança/melhoria.

Ao longo das intervenções com a família do estudo, foram identificadas e analisadas as suas dinâmicas familiares e individuais, que mantinham ou criavam dificuldades e foram exploradas as estratégias para melhorar as mesmas dinâmicas. Procedeu-se à análise dos recursos da família, dando resposta às suas necessidades, de acordo com o processo de transição em que se encontravam. Numa das intervenções, foi identificada a necessidade de reforço da literacia sobre sexualidade, identificada a necessidade de completar o esquema

vacinal do animal de família e foram identificados e trabalhados os recursos com a família e também de forma individual.

Na intervenção com a família, foi analisado o seu progresso no alcance dos objetivos e dado o *feedback*, de forma sistemática e com enfoque nos seus pontos fortes, elogiando a mesma.

Foi possível observar, de forma consistente outras fases do ciclo vital: a família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos. Nessa etapa, o casal assume uma posição intermediária em relação aos membros da família. Por um lado, precisa organizar-se para cuidar da geração mais jovem, incentivando sua autonomia; por outro, oferece suporte à geração mais velha, ao mesmo tempo em que lida com o próprio envelhecimento. Os casais nessa fase, frequentemente enfrentam momentos de maior ansiedade, pois sentem dificuldades em gerir múltiplas responsabilidades simultaneamente e em lidar com a preocupação pela saúde da família.

A consulta de Enfermagem com o EF desempenha um papel essencial ao incentivar a expressão das emoções da pessoa e da família, validando esses sentimentos e encaminhando para outros profissionais quando necessário.

Tanto nas transições normativas do ciclo vital, como numa transição saúde-doença, é necessário que as famílias mobilizem os recursos que já possuem e que utilizem estratégias de *coping* para a sua resolução. Figueiredo (2020) também refere que o importante não é só ter recursos, mas sim a capacidade que a família tem para os mobilizar em situações de desequilíbrio. O facto de a família ter ultrapassado experiências anteriores semelhantes à atual, poderá levar a que a crise atual seja resolvida com sucesso (Figueiredo, 2020).

Os planos de cuidados e os cuidados prestados foram documentados no processo familiar no SClinico®.

- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática da enfermagem de saúde familiar

Ao longo dos estágios, procurou-se orientação e supervisão com a professora e a EO. Foram realizadas reflexões contínuas sobre as interações com as famílias, avaliando a sua eficácia, de modo a melhorar o desempenho.

O facto de se exercer a atividade profissional em contexto hospitalar, criou a necessidade de fazer reflexões diárias com a EO, uma vez que são contextos de prestação de cuidados

distintos. A forma como se lida e trabalha com as famílias é diferente pois, no meio hospitalar trata-se de uma situação aguda/temporária, enquanto que nos CSP se foca a situação crónica e o acompanhamento ao longo do ciclo vital das famílias. Visto que, no contexto hospitalar, o contato com a família é feito apenas durante o período de visitas, há uma rotatividade de familiares ao longo do internamento e pelo método de trabalho instituído, nem sempre é possível trabalhar as suas necessidades. Pelo contrário, em contexto de CSP, o EF mantém-se com uma disponibilidade constante para a família.

Após todo o processo de avaliação familiar, o EE procura envolver-se de forma ativa, reunindo determinadas competências básicas que lhe permitem trabalhar com as forças da família, de acordo o Walsh (2006) citado por Gottlieb (2016).

- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

Foram formalizados e monitorizados os momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro/família e dos cuidados prestados, no decorrer de consultas de enfermagem. Foi avaliada a eficácia dos cuidados do EF na aquisição dos objetivos familiares e propostos reajustes adequados às mudanças no sistema familiar, sempre em parceria com a família, no decorrer das consultas de enfermagem com base no *feedback*. Esta avaliação e monitorização, realizada através da comunicação com a família, permitiu perceber os hábitos que se tinham alterado e o impacto na vida familiar e individual, devido às intervenções realizadas.

No planeamento dos cuidados às famílias, foi sempre tida em consideração a evidência científica mais recente, como mencionado já anteriormente.

Neste sentido, a consulta de Enfermagem constitui-se como única e insubstituível uma vez que se mantém a visão de promoção da saúde (Melo, 2021).

#### **4.2.2 Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**

O explicativo da competência indica que o EEESF, “gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (OE, 2018, p. 19358).

Segundo a OE (2018) é possível identificar duas unidades de competência, sendo que comportamentos demonstrados e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios dão resposta aos critérios de avaliação definidos no Regulamento nº428/2018 de 16 de julho, de cada unidade de competência, explanadas de seguida.

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

Ao longo dos três estágios, ocorreram situações em que foi promovida a colaboração de outros profissionais da equipa de saúde, no que se refere aos cuidados às famílias. Foram referenciadas famílias com necessidades de intervenção de outros profissionais de saúde, como por exemplo, referenciados os doentes diabéticos para a colega com mais competência para o pé diabético, foram referenciadas famílias para o curso de preparação para o parto da UCC e, quando se identificava essa necessidade, foram realizadas referências para o médico assistente.

Por exemplo, em situações de doença aguda, o utente é encaminhado ao médico para avaliação e prescrição do tratamento adequado, enquanto o profissional de enfermagem realiza, de forma autónoma, as ações educativas dentro da sua área de competência. No caso de uma ferida com sinais de infeção, o médico é informado para avaliar e prescrever medicação, se necessário, enquanto a gestão e o tratamento da ferida são realizados pela enfermeira, com base nas suas competências profissionais.

As famílias também são encaminhadas em situações em que as unidades não possuem os recursos necessários para responder à situação, como por exemplo: quando é necessário a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) ou numa situação de urgência em que será encaminhado para o Serviço de Urgência Geral (SUG). Assim, as famílias são observadas e encaminhadas corretamente para os serviços e recursos disponíveis na comunidade, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados e a obter ganhos em saúde, sempre de modo colaborativo com as famílias e com a sua permissão.

- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

Miranda et al (2020) citando Henry Sigerist, que já em 1946 colocou a “prevenção de doenças” como uma das quatro tarefas essenciais da medicina. Hoje, prevenção é um dos pilares da atenção à saúde.

A promoção da saúde e a prevenção da doença é realizada nas unidades, a vários níveis, prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.

A prevenção primária passa por um conjunto de ações para evitar o aparecimento da doença, através da promoção da saúde. Focada em aumentar o bem-estar do indivíduo e/ou família, e com intervenções direcionadas a doenças específicas, a fim de impedi-las antes que afetem o utente e/ou família. A promoção para a realização de hábitos de vida saudáveis como uma alimentação equilibrada e prática de exercício físico.

Nas consultas de enfermagem, há vários momentos em que o EE, aproveitando o momento com a família ou mesmo quando estava só um elemento, fazia ensinamentos para a promoção de hábitos saudáveis na família como a redução do consumo de açúcar ou mesmo alimentos com elevados níveis de açúcar, nas refeições das crianças e pais.

A prevenção secundária visa identificar um evento de saúde indesejado antes que este evolua de modo a causar um dano excessivo ou irreversível, podendo ser aplicada na forma de rastreios na população geral, rastreios seletivos e na deteção por oportunidade/acaso. Temos, assim, uma distinção entre o rastreamento oportunos e os programas organizados de rastreio (Miranda et al, (2020).

Numa consulta com uma adolescente de 13 anos, foram realizados os rastreios da visão e, ao longo da avaliação, foi notória a diminuição da acuidade visual. Encaminhando-a assim para um especialista. A mãe da adolescente, ainda não tinha percebido esta alteração da filha, foi assim detetado um problema que mais tarde podia causar um dano maior.

A prevenção terciária consiste em realizar procedimentos que reduzam o impacto de determinada doença. Medidas de reabilitação e reintegração do utente, consistindo na redução de maiores consequências e danos de uma doença já presente e em curso em indivíduos sintomáticos a fim de reabilitar, de forma que possa aproveitar toda a capacidade funcional que ainda está presente (Miranda et al, (2020).

Numa consulta com um senhor que tinha tido um Acidente Vascular Cerebral (AVC), tinha ficado com sequelas, paresia do membro inferior direita e plegia do membro superior direito, conseguiu ir à consulta com o apoio da esposa. Foram realizados ensinamentos como a prevenção de úlceras por pressão, cuidados com a pele e esclarecidas dúvidas sobre a correta administração da medicação, para evitar complicações futuras.

A prevenção quaternária consiste na não realização de cuidados/procedimentos lesivos para o utente. Segundo Souza et al (2021), exemplos são a medicalização excessiva ou a realização de vários meios complementares de diagnóstico e tratamento, de modo a encontrar um diagnóstico, sendo estes nocivos para o utente/família.

Um exemplo, uma utente foi encaminhada da consulta médica para aquisição do kit de rastreio de diagnóstico do cancro do cólon e reto. Na verificação dos dados, a utente foi alertada que ainda não tinha indicação para fazer, uma vez que teria realizado o rastreio há menos de dois anos.

A promoção da saúde e a prevenção da doença é realizada em todas as consultas de Enfermagem, nomeadamente com a realização de rastreios de diagnóstico de cancro da mama, cancro do colo útero, cancro do cólon e reto.

Para além dos rastreios, também é realizada a prevenção através da vacinação, vigilância do pé da pessoa diabética, promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros aspetos.

Durante os estágios, foi realizada a prevenção da doença e de complicações das doenças já existentes, através da realização de educação terapêutica em todas as consultas de Enfermagem e em função das necessidades das famílias, promovendo uma cultura organizacional, de formação, de prática e investigação interprofissionais.

Após todas as consultas são utilizados os sistemas de informação e tecnologias, SClínico® e Evacinas®, para registar os cuidados prestados e todos os dados relevantes, garantindo assim, a continuidade de cuidados e a efetiva monitorização das intervenções autónomas do EF. Esta ideia está de acordo com a OE (2018) que refere que o Enfermeiro deve ser gestor dos seus próprios cuidados, documentando a informação através dos sistemas de informação disponíveis.

Através da elaboração de um documento relativo ao “Processo Assistencial Integrado, EF: Programa de Rastreio Oncológico” (APÊNDICE 3), foi possível sistematizar o processo de rastreio oncológico, de modo ao EF atuar, de modo preventivo, com as famílias.

Em suma, todas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios proporcionaram a aquisição de competências para uma prática especializada em ESF.

## 5. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

### 5.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A família, como unidade, caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interação com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas (Minuchin, 1990; Hanson, 2005; Alarcão, 2002).

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa (Figueiredo, 2009).

A adolescência, segundo a OMS (s.d.), compreende a faixa etária entre os 10 e os 19 anos. São várias as transformações significativas que ocorrem nesta fase da vida, tanto no aspeto físico como no cognitivo, afetivo e social.

Segundo Meleis (2010), a adolescência é marcada pela procura da identidade, maior independência e reorganização das relações familiares. As transições são períodos de vulnerabilidade, mas também de criação de oportunidades para uma intervenção de enfermagem que possa ser facilitadora das mesmas, tornando-as mais saudáveis.

“A saúde e o bem-estar dos adolescentes são, hoje, entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano” (Prazeres, 1998, p.7), por isso, é determinante que se reconheça a importância de dar atenção à adolescência, uma fase do ciclo de vida cada vez mais precoce em termos biológicos e cada vez mais tardia em termos psicossociais e carente de cuidados de enfermagem.

Os adolescentes, na fase inicial da adolescência, encontram-se a um nível de raciocínio moral convencional, em que as regras e instruções advêm de autoridades, como os pais e os professores. Além disso, na fase inicial da adolescência, os pais controlam a situação de saúde do adolescente (OE, 2010; Kohlberg, 1976). Nesta fase, em que ocorre a puberdade, o adolescente tem muitas dúvidas sobre as alterações corporais, o que constitui uma oportunidade para o enfermeiro abordar temas como a sexualidade, a contraceção, a

prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, a alimentação e o exercício físico (Hockenberry & Wilson, 2014).

Dada a importância da família para o adolescente, é necessário desenvolver estratégias que priorizem a família como centro do cuidado à saúde do adolescente (Carvalho et al., 2011).

Segundo Ferreira (2017), a atenção prestada às famílias também tem sido, ela própria, objeto de mudanças, que consequentemente foram acompanhadas pela enfermagem. Podem ser encontrados na literatura norte americana dos anos 80, os primeiros textos da prática da Enfermagem em articulação com as famílias, tendo posteriormente alastrado ao resto do mundo, associada às mudanças existentes na altura nos sistemas de saúde, particularmente na Europa. Resultado da evolução da forma como as famílias são vistas nos contextos de saúde, foi natural o surgimento da ESF e o papel do EF.

Os estudos na saúde, as intervenções que daí advêm e até a política de saúde, têm visto um aumento da importância da família. Os enfermeiros têm um papel importante no que concerne aos cuidados com as famílias, não como responsáveis das transformações familiares, mas como parceiros que potenciam mudanças positivas na família (Carvalho et al, 2012). Os cuidados de enfermagem às famílias têm como foco a família como unidade de cuidado, de forma simultânea na própria família e no indivíduo, com o intuito de promover a saúde e manter ganhos, enquanto diminuem o foco na cura devido a doença (Ostlund et al, 2015).

Segundo a OE (2015), contemplado no Diário da República (Regulamento 367/2015, p.17385), “...os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar tomam por foco de atenção as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente”.

A família não é passível de ser reduzida, nem ao seu todo, nem às suas partes, uma vez que existe uma interação constante e única entre os seus membros sendo que qualquer alteração afetará cada um deles e também o todo (Figueiredo, 2020). A abordagem da família deve ser como um todo, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem, orientando-se o foco da sua prática para a família como sistema (Correia et al., 2001).

O desenvolvimento familiar é um processo dinâmico que abrange várias fases e transições ao longo do ciclo vital, com tarefas bem definidas em cada etapa. É evidente que as famílias enfrentam desafios em momentos-chave das suas vidas, mas também encontram oportunidades para crescer e se adaptar (Minuchin, 1982).

A família atua como um sistema de valores, conhecimentos e práticas, proporcionando um espaço significativo para a socialização e a humanização que facilita o crescimento e o desenvolvimento dos seus membros (Figueiredo, 2020).

As famílias, ao longo do ciclo vital, estão sujeitas a diversas transições, cada uma marcada por mudanças significativas e distintas. A transição é definida como uma passagem entre dois períodos de relativa estabilidade, que conduz o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças. Esses processos de transição ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, conduzido por alterações que causam períodos de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações. Esses momentos de transição, embora desafiadores, são essenciais para o crescimento e a adaptação das famílias às novas circunstâncias (Meleis, 2010).

Figueiredo (2020) refere que as transições familiares são eventos que sinalizam uma reorganização dos papéis e tarefas da família, tendo a enfermagem de saúde familiar uma ação centrada na promoção do desenvolvimento das famílias.

Prioste et al (2010) mencionam que Relvas (2006) identifica a etapa da "família com filhos adolescentes" como a quarta etapa do ciclo vital da família a etapa mais difícil do ciclo, dada a necessidade de um equilíbrio entre as exigências familiares e as necessidades de cada um dos membros. Descreve esta fase como o auge das funções da família enquanto sistema, permitindo a socialização e a individuação. A adolescência é, assim, uma etapa do desenvolvimento que decorre entre a iniciação da maturação das alterações psicobiológicas – puberdade – e a idade adulta, em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida.

No sistema familiar, há a necessidade de emergência de um novo padrão funcional na organização familiar: em termos dinâmicos, o aumento da flexibilidade dos limites interior-exterior; em termos estruturais, há uma redefinição de limites e abertura do sistema ao

exterior. Uma das tarefas familiares consiste na gestão do equilíbrio entre autonomia e integração familiar do adolescente, através da negociação das regras e limites e da construção de um espaço íntimo, o que pode levar a conflitos reiterados entre pais e o adolescente (Prioste et al, 2010).

A consulta de enfermagem ao adolescente é distinta das demais, pelas características deste grupo etário, pois é um período marcado por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro. Na consulta, o adolescente é protagonista da solução para os seus problemas, o que implica o desenvolvimento de uma relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracterizando-se não só por numa parceria entre os diferentes intervenientes, no respeito pelas suas capacidades, como também pelas suas opiniões, sentimentos e competências (Andrade et al, 2018).

Na consulta ao adolescente, o enfermeiro aplica técnicas comunicacionais adequadas, facilita uma comunicação expressiva de emoções e avalia os conhecimentos e comportamentos do adolescente relativamente à sua saúde. Para além disso, estimula ainda a adoção de comportamentos saudáveis, fornece às famílias informação orientadora dos cuidados antecipatórios, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento do adolescente e usa estratégias motivadoras para o adolescente ser responsável pela sua saúde. A eficaz promoção da saúde só se concretiza com o suporte dos indivíduos e das instituições que fazem parte da vida do adolescente. A curiosidade e a aquisição gradual de autonomia da adolescência ocasionam oportunidades de promoção da saúde, que devem ser aproveitadas (Lopes, 2016).

Segundo Lins et al (2022) as principais dificuldades destacadas pelos enfermeiros no atendimento aos adolescentes foram: a sobrecarga de trabalho atribuída aos enfermeiros nos CSP, afastando-os da prestação de cuidados e a baixa adesão dos adolescentes às atividades planeadas pelos enfermeiros, contribuindo para o seu distanciamento das unidades de saúde, impedindo a construção de vínculos com os profissionais de saúde.

A ausência do adolescente na unidade de saúde deriva da procura limitada aos serviços, que está estreitamente associada com a falta de vínculo com os profissionais de saúde e a falta de

interesse do adolescente com a própria saúde, procurando-o somente em casos bastante específicos (Lins et al, 2022).

Verifica-se na realidade da prática clínica, a reduzida presença de adolescentes em consulta de enfermagem, apesar destes existirem no ficheiro do EF. A literatura identifica a fraca adesão ou recusa dos adolescentes na vinda aos cuidados de saúde, por considerarem ser “aborrecido”. Assim, em alternativa, optou-se por dirigir o foco para as famílias, mães e pais, que, de um modo geral, são mais presentes em consultas. Nessas consultas, o EF aproveita o momento para abordar temas que vão ao encontro dos adolescentes, e notou que a família tem uma maior dificuldade em abordar com os filhos temas como a Sexualidade/Educação Sexual.

Os autores citados corroboram a experiência vivenciada pelo EO, uma vez que os adolescentes não vão ao CSP e recorrem apenas em situações específicos. O EE pode intervir junto das famílias, mães e pais, sempre com o foco de chegar ao adolescente, estando este em consulta se possível. Para além disso, é de extrema importância perceber se as famílias dos adolescentes terão conhecimentos para falar com os filhos sobre temas como a Sexualidade/Educação Sexual, e se falam sobre o tema com os filhos.

A família é o contexto ideal para a formação dos adolescentes, por se configurar historicamente, no principal meio de aquisição de valores necessários para se viver em sociedade. No entanto, a forma como isso ocorre depende em muito das peculiaridades de cada uma, que pode sentir-se despreparada para abordar o tema (Nery et al, 2015).

Na família, o diálogo sobre sexualidade e sexo, no geral é visto como um tabu. Segundo Andrade et al. (2021), a comunicação do adolescente com os pais sobre assuntos relacionado a sexo é limitada quando comparada à quantidade que buscam informações através da internet, amigos e escola. A dificuldade de diálogo com os pais é justificada por estes não saberem abordar o tema com os filhos e por acreditarem que esse tipo de conversa incentiva a prática, ou ainda, porque atribuem valor negativo ao assunto reproduzindo a mesma conduta dos seus pais. Essa falta de diálogo esclarecedor com a família, provoca impactos negativos na sexualidade dos adolescentes, pois acabam por obter informações não seguras, podendo desenvolver comportamentos distorcidos e vulneráveis (Freire et al., 2017).

Cabe, então, a atuação do EF junto das famílias, contribuindo para colmatar tais necessidades.

Neste sentido, desenvolveu-se o presente estudo com a finalidade de conhecer a relação entre o nível de conhecimento sobre sexualidade da família e a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes. Com base nesta informação e retrato da realidade, é possível identificar as necessidades para o EF trabalhar com as famílias, no sentido da promoção da saúde familiar. Desta forma, é possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo EF, contribuindo assim para que se tornem adolescentes e famílias saudáveis.

Considerando a problemática em estudo definiu-se a seguinte questão de investigação: “Qual a relação entre o nível de conhecimento sobre sexualidade da família, mães e pais, e a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos?”.

## 5.2 METODOLOGIA

Após a exposição da base teórica mencionada no ponto anterior, será realizada uma descrição de forma sistematizada e concisa dos meios utilizados, bem como das etapas percorridas no desenvolvimento desta investigação, aumentando a sua fidelidade e validade dos resultados.

A metodologia apresentada considera que a mesma integra o estudo, descrição e avaliação de métodos e técnicas de investigação que servem para obter e processar informação, tendo em vista a resolução de problemas e/ou questões de investigação. O objetivo final é produzir novo conhecimento, que possa ser validado pela ciência e ter utilidade para a sociedade (Prodanov & Freitas, 2013).

### 5.2.1 Tipo estudo

O estudo classifica-se como método de investigação quantitativo, dado que tem como principal finalidade descrever variáveis e examinar algumas relações entre elas, tendo por base a definição de Fortin (1999) de que esta abordagem é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

Estudo quantitativo admite tudo que pode ser quantificável, possível de traduzir em números as opiniões e as informações, para poderem ser classificadas e analisadas. A técnica de recolha de dados mais comum é o questionário, composto por questões fechadas (Vilelas, 2022).

Dentro da abordagem quantitativa o estudo é de carácter descritivo e correlacional, uma vez que pretende fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo e as relações existentes entre elas. Vilelas (2022) apresenta os estudos descritivos, os que procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou o estabelecer relações entre variáveis. Servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa. Os estudos correlacionais procuram determinar as relações entre as variáveis presentes num estudo (Vilelas, 2022).

Este estudo teve como objetivos:

Objetivo Geral:

- Conhecer a relação entre o nível de conhecimento sobre sexualidade da família, mães e pais, e a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o nível de conhecimento da família, mães e pais, sobre a sexualidade com filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos;
- Caracterizar a comunicação sobre Educação Sexual nas famílias, mães e pais, com os filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos;
- Relacionar o nível de conhecimento sobre sexualidade da família com a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos.

### **5.2.2 População e amostra**

População é um conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades (Vilelas, 2022). É definida por determinados critérios de inclusão identificados pelo investigador, que delimitam a amostra e a tornam num grupo homogéneo (Fortin, Côte & Fillion, 2009).

A população em estudo foi composta pela família, mães e pais, de adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, com inscrição nos cuidados de saúde primários da UCSP.

A amostragem foi de natureza não probabilística, por conveniência, composta pelas famílias que vieram às consultas, durante o final de dezembro a 31 janeiro, do programa de saúde infantil e juvenil ou mesmo do programa de diabetes/hipertensão ou outro motivo, e que cumprissem os critérios de seleção da amostra. Mediante o interesse em participar no estudo, serão aplicados os dois instrumentos de recolha de dados, os questionários.

Uma amostra não probabilística é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 1999). Numa amostra por conveniência, o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que esses possam, de alguma forma, representar o universo (Tako & Kameo, 2023), tendo sido esta a opção adotada pelo motivo de ser mais rápido, simples e barato.

Foi tido em conta o critério de inclusão: As famílias, mães e pais, com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos.; e o critério de exclusão: As famílias, mães e pais, que não aceitassem participar no estudo e as famílias com filhos com idades fora do intervalo mencionado.

### **5.2.3 Instrumento colheita de dados**

Um instrumento de recolha de dados é, em princípio, qualquer recurso a que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação (Vilelas, 2022). Os dados de um estudo podem ser obtidos por diversas fontes como a entrevista, observação direta, formulário e questionário, sendo que a qualidade dos resultados depende diretamente do cuidado na colheita dos dados (Gil, 2002).

Foram utilizados dois questionários, previamente autorizados pelas autoras para a aplicação nas famílias de adolescentes, Carvalho (2017) (Apêndice 4):

- “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” (QCS) de Carvalho et al (2017), aborda temáticas como: a primeira relação sexual e preocupações sexuais; sexualidade e prazer sexual; contraceção e práticas sexuais seguras; prevenção da gravidez; infeções sexualmente

transmissíveis e Vírus da imunodeficiência humana (VIH)/ Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (Anexo 5).

- “Questionário de Comunicação em Educação Sexual na Família – Versão Pais” (QCESF -VP) de Carvalho (2017), aborda: competências de atenção emocional; competências de controlo; competências de gestão do ambiente; estratégias de comunicação manipulativa e estratégias de comunicação assertiva (Anexo 6).

A família, mães e pais, responderam aos questionários após aceitar fazê-lo livremente e com conhecimento do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice 5), prevendo-se que a aplicação dos questionários teria a duração 10-15 minutos.

#### **5.2.4 Procedimentos formais e éticos**

Para a OE (2015) a enfermagem, como profissão autorregulada que é, tem definido na sua deontologia profissional os princípios ético-legais e deontológicos para o cumprimento do seu exercício profissional.

Fortin (2009), refere também que o investigador deve ter em conta a ética para respeitar e proteger a pessoa, para isso deve perguntar a si próprio os motivos pelos quais o levaram a conduzir a investigação e as possíveis repercussões para a vida dos participantes. Qualquer investigação na área da saúde envolve seres humanos, desta forma as considerações éticas são tidas em conta desde a escolha do tema, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, a recolha de dados e a interpretação dos mesmos.

O enfermeiro no seu dia-a-dia, deve respeitar e cumprir todos os princípios definidos no Código Deontológico para a tomada de decisão, para executar as melhores práticas com vista a melhoria dos cuidados prestados às famílias.

Ferreira (2017) citando Fortin (2009) expõe os princípios éticos que foram elaborados baseados no respeito pela dignidade humana, sendo eles: 1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a otimização das vantagens.

Na investigação em enfermagem aplicam-se os princípios universais da ética que deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos da investigação: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça. O investigador deve ter uma consciência ética formada, refletindo sobre os atos que pode ou não praticar, pois são eles que vão ditar os limites da ação e deve pedir a apreciação do seu projeto de investigação a uma Comissão de Ética (Martins, 2008). Assim, todo este processo foi analisado pela Comissão de Ética da ULS Médio Tejo, após envio de todos os documentos solicitados, que deu parecer favorável à realização do estudo a 27/11/25 – Referência da Comissão de Ética 91/2024 - (Apêndice 6), sendo também aprovado pelo Conselho de Administração da ULS Médio Tejo a 18/12/24 – Referência do Conselho de Investigação 91/2024 (Apêndice 6).

Como mencionado anteriormente, também foi disponibilizado o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para as mães e pais da amostra, que participaram na investigação. O documento disponibilizou diversas informações, nomeadamente a identificação do estudo, a justificação do mesmo, os objetivos, os métodos utilizados, a duração previsível da sua realização e as informações sobre os seus benefícios. Para além disso, este documento informava as famílias de que a sua participação seria voluntária e que poderiam decidir não participar e desistir em qualquer momento do estudo. Os dados sociodemográficos (Apêndice 7) e os questionários ficarão à guarda da mestranda durante o processo de recolha de dados, sendo posteriormente destruídos. Os dados recolhidos serão identificados com um código alfanumérico, durante o seu processo de tratamento dos dados, assegurando assim sua proteção. Assegura-se também que, desta forma, serão mantidos o anonimato, a confidencialidade e proteção dos dados, de acordo Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (RGPD, n.º 2016/679).

As famílias que aceitem participar no estudo assinarão o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

### **5.2.5 Tratamento de dados**

Após aplicação dos questionários, os mesmos foram transferidos para o *Statistical Program for Social Sciences*® (SPSS®) versão 29.0 e, posteriormente, analisados com base na estatística

descritiva: frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), medidas de tendência central (média (M) e mediana (Md)), desvio-padrão (DP) e estatística inferencial.

Para cada uma das subescalas, calculou-se o *score* médio, que resultou do quociente entre a média da subescala e o número de itens que a constituíam.

No que respeita à estatística inferencial, foi feito uso da estatística paramétrica, especificamente o teste da significância da correlação (r) de Pearson, considerando os resultados estatisticamente significativos para um nível de significância de 5% ou 1% (Marôco, 2011). Isto é, para p-valor (p) <0,05 ou p<0,01.

Para a interpretação da intensidade da relação entre as variáveis, considerou-se o critério sugerido por Marôco (2021), a saber:

- Correlação fraca - quando o coeficiente encontrado, em valor absoluto, é inferior a 0,25;
- Correlação moderada - quando o coeficiente, em valor absoluto, é superior ou igual a 0,25 e inferior a 0,5;
- Correlação forte – quando o coeficiente, em valor absoluto, é superior ou igual a 0,5 e inferior a 0,75;
- Correlação muito forte - quando o coeficiente, em valor absoluto, é superior ou igual a 0,75.

Os resultados serão apresentados através de tabelas, se forem considerados significativos ou essenciais à análise interpretativa, e os valores serão mencionados até às centésimas. Se os valores forem constituídos por zeros, serão apresentados até ao primeiro número diferente de zero.

### 5.3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra é constituída por 44 mães e pais, 93,2% do sexo feminino (n=41) e 6.8% (n=3) do sexo masculino. Pelo resultado, é notório que são as mães que acompanham mais os filhos às unidades de saúde, um total de 41 mães participaram no estudo.

Um estudo realizado por Carvalho (2017) demonstra isso mesmo, a literatura da área indica que são as mães que estão mais disponíveis e que mais conversam com os filhos sobre a sexualidade (Matos et al, 2010). Neste sentido, importa envolver os progenitores do género

masculino em formação parental, capacitando-os para uma melhor comunicação com os filhos sobre educação sexual, já que estes podem ter um papel importante junto dos rapazes (Matos et al, 2010).

Um estudo realizado no Brasil, a pais sobre as suas perceções e preocupações acerca da sexualidade dos filhos na fase da adolescência, vem corroborar esta ideia quando nos apresenta “... o casal de pais não compartilha a educação sexual dos filhos e o próprio homem acredita que cabe à mãe transmitir estas informações à filha” e “o pai e a mãe acham que o adolescente masculino procura mais informações com os amigos” (Zordan & Schmidt, 1996, p.206). Existe aqui um distanciamento do papel parental do pai, relativamente à Educação Sexual dos filhos.

Relativamente à idade 65,9% (n=29) apresenta idade compreendida entre os 40 e 49 anos, 22,7% (n=10) entre os 30 e 39 anos e por último 11,4% (n=5) entre os 50 e 59 anos. Por outro lado, ainda é possível verificar que em ambos os sexos, a percentagem mais elevada na faixa etária é entre os 40 e 49 anos de idade, 65,9% (n=27) e 67,7% (n=2) no sexo feminino e masculino respetivamente.

A amostra é constituída maioritariamente por utentes de nacionalidade portuguesa 90,9%(n=40), 6,8% (n=3) nacionalidade brasileira e 2,3 % (n=1) dupla nacionalidade (portuguesa/ angolana). Relativamente ao estado civil, 54,5 %(n=24) encontram-se em situação de casado, 27,3% (n=12) em união de facto, 15,9 % (n=7) divorciados e por último 2,3% (n=1) solteiros.

Ao nível da religião 88,6 % (n=39) identifica-se com a religião católica, 4,5% (n=2) refere ser protestante bem como sem religião e 2,3% (n=2) muçulmana.

A necessidade de saber a religião das famílias, vai ao encontro das conclusões do estudo realizado por Cortes et al (2021), que concluíram que a religião tem um papel importante em diversos aspetos da vida dos indivíduos que a praticam, inclusive na sexualidade. Passa entre gerações e, muitas vezes, pode ser compreendida como uma via importante tanto para a promoção da saúde sexual como, um fator de risco à saúde sexual.

Por princípios éticos e morais, a religião pode atuar como um fator de proteção ao estimular a abstinência sexual, o sexo depois do casamento e números menores de parceiros sexuais.

No entanto, a sexualidade como um todo ainda é tratada como tabu em muitas comunidades religiosas, onde o uso de preservativos é muitas vezes desaconselhado e deve-se evitar falar sobre sexo ou sexualidade, por ser considerado um tema de foro íntimo. Nesse sentido, a religião pode se configurar como um fator de risco no processo saúde/doença (Cortes et al, 2021).

No que concerne às habilitações académicas, 34,1 % (n=15) da amostra tem o grau de ensino superior (licenciatura), 27,3 % (n=15) o ensino secundário, 20,5 % (n=12) o grau de pós-graduação/mestrado/doutoramento (n=8). E com 18,2 % (n=8) apenas o ensino básico. Quando analisamos a habilitações académicas tendo por base a variável sexo 36,6% (n=15) da amostra do sexo feminino tem o grau de licenciatura.

Relativamente à situação laboral a amostra encontra-se 86,4% (n=38) encontra-se no ativo, sendo 84,1% trabalhador por conta de outrem e 2,3% (n=1) trabalhador por com própria.

Ao nível do número de filhos, 63,6 % (n= 28) da amostra tem dois filhos, 18,2 % tem um filho (n=8), 15,9% (n=7), três filhos e por último 2,3 % (n= 1) refere ter quatro ou mais filhos.

Relativamente ao QCS (Anexo 5), aborda seis temáticas com um total de 25 pontos.

	Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Sexualidade e prazer sexual	Contraceção e práticas sexuais seguras	Prevenção da Gravidez	Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva	Conhecimentos sobre sexualidade
Média ( $\bar{x}$ )	3.75	2.75	4.82	1.45	5.68	1.68	20.1
Moda	4	3	5	2	6	2	19
DP	0.87	0.58	0.50	0.63	1.43	0.47	2.70
Cotação Máxima	5	3	6	2	8	2	25

**Tabela 1:** Temáticas do QCS (Média/Moda/Desvio Padrão)

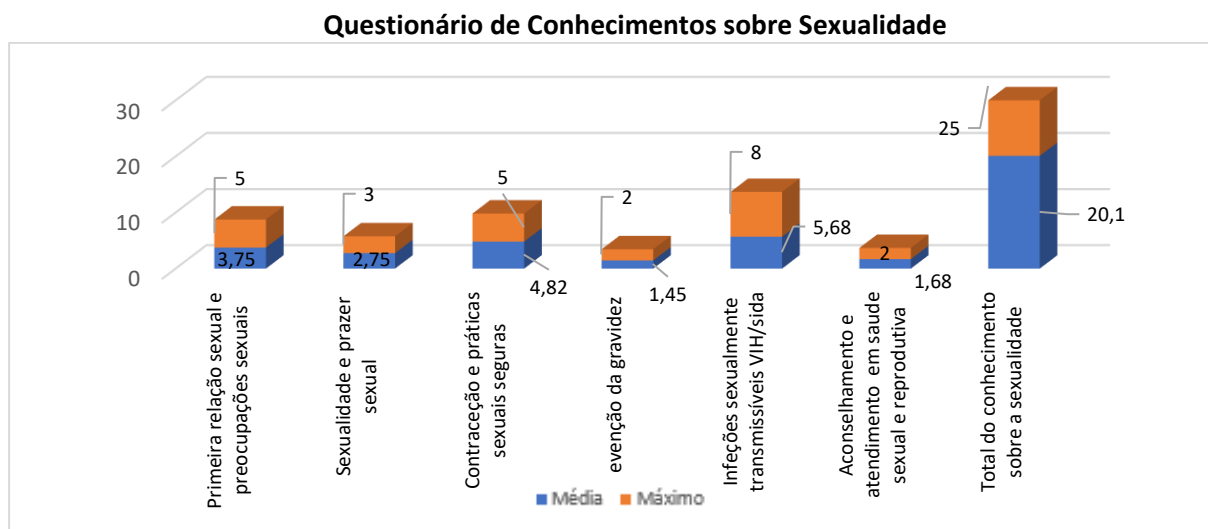
Na tabela acima (tabela 1) conseguimos, verificar que ao nível do conhecimento geral (total) da amostra, esta apresenta uma média de conhecimento 20.1 num máximo de 25 pontos possíveis, com um desvio de padrão (DP) de 2.70.

O DP é uma medida de dispersão e o seu valor reflete a variabilidade das observações em relação à média (Lunet et al, 2006).

O conhecimento, enquanto fator capaz de exercer influência sobre as atitudes, é um pré-requisito fundamental nos programas de prevenção dos comportamentos sexuais de risco (Carvalho et al, 2017).

A educação sexual é da responsabilidade dos pais e todas as evidências apontam para que as crianças que tiveram as suas perguntas respondidas e que têm conhecimentos sobre sexualidade e relacionamentos, começam a atividade sexual mais tarde, tendem a usar métodos anticoncepcionais convenientemente e são menos propensas a gravidezes indesejadas. No entanto, os pais, muitas vezes, carecem de conhecimentos o que preocupa e que têm dúvidas sobre se devem falar com os seus filhos sobre sexo. Os motivos que podem explicar estas lacunas, são o facto de alguns destes pais terem sido criados em famílias que não abordavam o tema sexualidade (Wakley, 2011).

Relativamente a cada área temática, estão apresentados os itens do questionário correspondentes e o resultado obtido (gráfico 8): (1) Primeira relação sexual e preocupações sexuais (itens 1, 3, 14, 17 e 22) máximo de 5 apresenta média 3,75; (2) Sexualidade e prazer sexual (itens 6, 15 e 23) máximo de 3 com média 2,75; (3) Contraceção e práticas sexuais seguras (itens 7, 8, 9, 11, 19 e 26) máximo de 5 pontos com uma média 4,82; (4) Prevenção da Gravidez (itens 2 e 13) máximo de 2 pontos com média 1,45; (5) Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA (itens 4, 5, 10, 12, 16, 18, 21 e 24) máximo de 8 apresenta média 5,68 (6) Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva (SSR) (itens 20 e 25) máximo 2 pontos com média 1,68. Estes resultados estão apresentados, de forma gráfica, no gráfico seguinte (Gráfico 6).



**Gráfico 6:** Resultado das temáticas do QCS

Observando, as temáticas abordadas no QCS, a temática “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” apresenta a média de conhecimento mais baixa (máximo de 8 apresenta 5,68) e, de seguida, a temática “Primeira relação sexual e preocupações sexuais” (máximo de 5 apresenta uma média de 3,75), tal como é notório em outros estudos, estas temáticas também apresentam menor conhecimento. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Almeida, 2021: “Após a realização desta investigação, podemos concluir que apresentavam menos conhecimentos, designadamente nas áreas (..) “primeira relação sexual e preocupações sexuais” e “infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” (Almeida, 2021, p.67).

Podemos ainda verificar o QCS total por quartis, na tabela 2:

QCS total por quartil	N	%
1º Quartil (25%)	19	43,2
2º Quartil (50%)	3	6,8
3º Quartil (75%)	16	36,4
4º Quartil (100%)	6	13,6
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2:** QCS total por quadril

É possível observar que a distribuição não é uniforme, o 1º quartil tem a maior concentração (43,2%). O 2º quartil tem a menor concentração (6,8%). O 3º contém a segunda maior concentração (36,4%). E o 4º quartil tem uma concentração moderada (13,6). A maior concentração é no 1º e 3º quartil.

Relativamente ao QCESF-VP (Anexo 6), que aborda três competências: competências de atenção emocional; competências de controlo; competências de gestão do ambiente; e aborda duas estratégias: estratégias de comunicação manipulativa e estratégias de comunicação assertiva, obtiveram-se os seguintes resultados (Tabela 3):

	Competências de comunicação baseadas na atenção emocional	Competências de comunicação baseadas no controlo	Competências de comunicação baseadas na gestão do ambiente	Estratégias de comunicação assertiva	Estratégias de comunicação manipulativa
Média ( $\bar{x}$ )	28.0	10.34	7.52	5.86	10.57
Moda	25	9	9	6	11
DP	5.13	3.29	2.36	2.70	3.87
Cotação Máxima	36	24	12	24	16

**Tabela 3:** Competências e Estratégias do QCESF – VP (Média/Moda/Desvio Padrão)

Na primeira secção, distribuídos em três subescalas de competências: (a) Competências de comunicação baseadas na atenção emocional a média é de 28 em 36 pontos possíveis; (b) Competências de comunicação baseadas no controlo apresenta uma média 10,34 em 24 pontos possíveis; (c) Competências de comunicação baseadas na gestão do ambiente com uma média 7,52 em 12 pontos. Relativamente à segunda secção repartidos em duas subescalas: (a) estratégias de comunicação manipulativa apresenta uma média 5,86 em 24 pontos possíveis; (b) estratégias de comunicação assertiva com uma média 10,57 em 16 pontos.

Relativamente à comunicação em Educação Sexual com os filhos, é importante evidenciar que a amostra, mães e pais, utilizam em grande média as “Competências de comunicação

baseadas na atenção emocional”. Como por exemplo: “Sou capaz de responder às dúvidas”, “Converso com”, “Falo abertamente”, “Converso”, entre outros.

Na segunda secção, as estratégias de comunicação manipulativa, relativamente ao último mês, foram poucas vezes ou mesmo nunca utilizadas: “dar ordens”, “ameaçar”, “fugir do assunto ou problema”, “ofender”, “criticar” ou “ridicularizar e apelidar depreciativamente” sobre determinados assuntos da sexualidade e educação sexual.

Verificou-se assim, por parte das famílias, mães e pais, a utilização das estratégias de comunicação assertiva, com a média mais elevada, por isso, serem mais frequentes na comunicação que as estratégias de comunicação manipulativa.

Na tabela 4, serão apresentadas as (r) entre o QCS e os Dados Sociodemográficos. E na tabela 5, serão apresentadas as (r) entre o QCS, o QCESF-VP e os Dados Sociodemográficos.

Escalas/ Subescalas	Contraceção e práticas sexuais seguras	Primeira relação sexual e preocupações sexuais	Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA	Sexualidade e prazer sexual	Conhecimentos sobre sexualidade	Prevenção da Gravidez
Primeira relação sexual e preocupações sexuais			0.31*		<u>0.62**</u>	
Prevenção da Gravidez			<u>0,40**</u>			
Conhecimentos sobre sexualidade	0.30*	<u>0,62**</u>	<u>0,83**</u>	<u>0,47**</u>		<u>0,57**</u>
Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva			0.36*		<u>0,42**</u>	
Nível de Escolaridade		0.38*	<u>0,49**</u>		<u>0,46**</u>	
Número de filhos	-0.34*					-0.34*

Correlações significativas no nível 0,01\*\* e ao nível 0,05\*

**Tabela 4:** Correlações entre o QCS e os Dados Sociodemográficos.

Observando a tabela 4, estão presentes as correlações estatisticamente significativas entre algumas subescalas.

Observado há uma correlação positiva quando mais o conhecimento sobre “Primeira relação sexual e preocupações sexuais” maior é o conhecimento sobre a temática “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” ( $r=0.31$ ,  $p < 0.05$ ).

Um estudo realizado por Coelho et al, vai contrariar esta correlação afirmando que, o conhecimento sobre os meios de transmissão das IST e dos métodos contraceptivos não são suficientes para ajudar na proteção relativamente à primeira relação sexual. É preciso aprender a identificar uma situação de risco, compreender sua vulnerabilidade, conhecer as alternativas que possuem para se proteger. A consciencialização do risco e a dimensão das consequências posteriores são fundamentais (Coelho et al, 2011).

Existe uma correlação positiva entre quando maior os conhecimentos sobre a temática “Primeira relação sexual e preocupações sexuais” maior é também o “Conhecimento sobre sexualidade” ( $r=0.62$ ,  $p<0.01$ ).

O conhecimento não indica que haverá obrigatoriamente mudanças nos comportamentos, no entanto, predispõe para uma conduta auto protetora e minimizadora de riscos (Silva et al, 2020).

O estudo de Kirby (2007) analisou a eficácia da educação sexual e apontou que, em alguns casos, maior conhecimento não se traduz necessariamente em maior uso de contraceção. Bem como, o estudo de Martins (2010) refere que, mais conhecimentos sobre Saúde Sexualmente nem sempre revelam comportamentos positivos. Este facto é consistente com outras evidências que sustentam que o conhecimento *per si* não é suficiente para provocar uma mudança de comportamento ou existência de preocupações.

O maior o conhecimento sobre a “Prevenção da gravidez” está associado a um maior conhecimento sobre a prevenção de “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” ( $r=0,40$ ,  $p<0.01$ ), correlação positiva.

Um estudo realizado por Martins (2024) vem contradizer este resultado, citando Oman et al. (2018), é observado um bom conhecimento sobre a importância do uso do preservativo para evitar a gravidez, mas não tinham conhecimentos sobre o facto de este método ser importante para prevenir as IST.

Almeida et al. (2017) destacam que não ter o acesso a informações adequadas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e métodos contrativos, aumenta o risco de gravidez precoce e exposição a DST. Tal afirmação valida os resultados deste estudo: havendo maior conhecimento sobre a “Prevenção da gravidez” maior é o conhecimento sobre a prevenção “IST e VIH/SIDA”.

Verificou-se igualmente que existe uma correlação positiva, um maior “Conhecimento sobre sexualidade” está associado a uma percepção mais positiva do uso da “Contraceção e práticas sexuais seguras” (0.30,  $p < 0.05$ ) e maior percepção sobre a “Primeira relação sexual e preocupações sexuais” ( $r=0.62$ ,  $p < 0.01$ ), bem como com as “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” ( $r=0.83$ ,  $p < 0.01$ ), e com a “Sexualidade e prazer sexual” ( $r=0.47$ ,  $p < 0.01$ ). Também com a “Prevenção da gravidez” ( $r=0.57$ ,  $p < 0.01$ ), quanto maior a preocupação sobre as temáticas mencionadas, as famílias procuram mais “Conhecimento sobre sexualidade”.

A educação sexual torna-se uma ferramenta crucial para fornecer o conhecimento e as habilidades necessárias para desenvolver atitudes e comportamentos saudáveis relacionados à sexualidade, tema que se tem tornado cada vez mais relevante na sociedade contemporânea (Almeida et al, 2017). Outro ponto de vista relevante é apresentado por Genz et al (2017), que argumentam que a exposição a informações claras e bem contextualizadas demonstram comportamentos mais responsáveis e conscientes.

Genz et al (2017) focam no efeito da informação clara sobre o comportamento sexual, enquanto Barbosa et al (2020) defendem uma abordagem que contemple o bem-estar emocional, sugerindo que o impacto de uma educação sexual completa abarca mais que o conhecimento preventivo.

Temos uma correlação positiva entre o “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva”, com as “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” ( $r=0.36$ ,  $p<0.05$ ) e o aumento dos “Conhecimentos sobre sexualidade” ( $r=0.42$ ,  $p < 0.01$ ).

O acesso à educação e a informações relacionadas à sexualidade e à saúde sexual é essencial para que as pessoas protejam a sua saúde e tomem decisões informadas acerca de suas vidas sexuais e reprodutivas. Terem o conhecimento e a oportunidade de tomar decisões

informadas acerca de questões sexuais, incluindo ter e buscar ou não uma vida sexual segura e prazerosa, assim como se proteger do VIH, outras IST e gravidez indesejada (OMS, 2015).

Quanto mais conhecimentos em relação aos comportamentos sexuais de risco, maior a probabilidade de um indivíduo ter atitudes e comportamentos sexuais preventivos (Ramiro et al, 2011).

Ainda, quanto maior é o “Nível de escolaridade”, da família, maior é o conhecimento sobre “Primeira relação sexual e preocupações sexuais” ( $r=0.38$ ,  $p<0.05$ ), maior é o conhecimento sobre “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” ( $r=0.49$ ,  $p < 0.01$ ), e também maior são os “Conhecimento sobre sexualidade”, existindo também uma correlação positiva ( $r=0.46$ ,  $p<0.01$ ).

O nível de escolaridade foi também uma variável que revelou ter impacto na informação e conhecimento dos filhos sobre sexualidade, o que reforça a necessidade de atuar junto de famílias tenham pouca ou nenhuma escolaridade (Carvalho, 2017).

Confirma-se que as profissões que requerem um nível de escolaridade superior são também aquelas em que se verificam mais conhecimentos por parte das famílias (Almeida, 2021).

Num estudo realizado por Vilar e Ferreira (2009) mencionam que melhores níveis de educação sexual estão também associados a uma vivência mais gratificante das relações sexuais: referem sentimentos mais positivos na primeira relação sexual e atingem também melhores resultados de conhecimentos.

Num estudo realizado por Farias (2019) citando Miranda et al (2013) refere que a baixa escolaridade esteve relacionada ao baixo conhecimento sobre IST. Concordando com os resultados deste estudo, neste caso, maior escolaridade maior o conhecimento sobre IST.

Temos uma correlação negativa entre quanto maior o “Número de filhos” menor são os conhecimentos sobre a temática “Contraceção e práticas sexuais seguras” ( $r= -0.34$ ,  $p<0.05$ ), e os “Conhecimentos sobre sexualidade” ( $r= -0.34$ ,  $p<0.05$ ).

Um estudo realizado por Mendes et al (2006), mostra-nos que o nível de educação pode considerar-se entre os fatores que, direta ou indiretamente, influenciam a decisão de fecundidade por parte dos casais. O nível de educação tem um efeito negativo mais intenso sobre a maternidade do que no início de um relacionamento conjugal. Quanto maior o nível

de educação, menor número de filhos. Corroborando os resultados do estudo, maior o número de filhos menos conhecimentos.

A análise das correlações continua na tabela 5.

Escalas/ Subescalas	Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva	Competências de comunicação baseadas na gestão do ambiente	Estratégias de comunicação assertiva	Estratégias de comunicação manipulativa
Sexualidade e prazer sexual			<u>0,47**</u>	
Competências de comunicação baseadas na atenção emocional				0,31*
Competências de comunicação baseadas no controle		<u>0,40**</u>		
Estratégias de comunicação assertiva				<u>0,40**</u>
Conhecimentos sobre sexualidade	<u>0,42**</u>			

Correlações significativas no nível 0,01\*\* e ao nível 0,05\*

**Tabela 5:** Correlações entre o QCS, o QCESF-VP e os Dados Sociodemográficos.

Os resultados apontam para uma correlação positiva, indicando que há uma percepção mais positiva sobre a “Sexualidade e prazer sexual”, quando há um maior uso de “Estratégias de comunicação assertiva” ( $r=0.47$ ,  $p < 0.01$ ).

A comunicação e informação em saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes é uma área sensível e complexa (Almeida, 2021).

A ausência de clareza dos jovens em relação à saúde sexual e reprodutiva deve-se a fatores como: a falta de diálogo familiar, o constrangimento, o medo e as dificuldades dos pais em conversar com os filhos sobre o tema, fazerem perguntas aos filhos (Macdowall et al, 2015).

Entende-se que manter uma comunicação harmoniosa e eficaz com o filho adolescente pode ser uma das tarefas de maior dificuldade que os pais podem enfrentar (Nery et al, 2015).

Os autores mencionados corroboram os resultados do estudo, quanto maior for a comunicação assertiva dos pais com os filhos, como por exemplo: elogiar, dar sugestões ou mesmo fazer perguntas, maior é a perceção de forma positiva sobre a “Sexualidade e prazer sexual”.

Temos uma correlação positiva, entre a capacidade de uso das “Competências de comunicação baseadas na atenção emocional” com o uso de “Estratégias de comunicação manipulativa” ( $r=0.31$ ,  $p < 0.05$ ).

Tal como demonstra o estudo de Carvalho (2017), as famílias têm capacidade de utilizar as “Competências de comunicação baseadas na atenção emocional” com as “Estratégias de comunicação manipulativa”, os pais que ofendem, criticam e ameaçam os filhos parecem ser capazes de falar abertamente, conversar, manifestar a sua opinião. Os programas de intervenção para pais com foco no desenvolvimento de práticas educativas saudáveis e na promoção da utilização de competências de comunicação, podem ser benéficos na promoção de dinâmicas familiares baseadas no afeto e no compromisso e no aumento da coesão familiar. Podem também ajudar a prevenir a gravidez na adolescência e as DST entre os jovens (Carvalho, 2017).

Bem como, o uso de “Competências de comunicação baseadas no controlo” também tendem a utilizar “Competências de comunicação baseadas na gestão do ambiente” ao longo da comunicação, apresentando uma correlação positiva ( $r=0.40$ ,  $p < 0.01$ ).

Ao longo da comunicação, os pais insistem e pressionam os filhos a abandonar as suas opiniões e posições, esperando pelo melhor estado de humor dos filhos, esperando que estejam mais livres e disponíveis para falar com eles sobre o tema da sexualidade.

Há um estudo que faz referência ao facto que o “humor dos pais também é levado em consideração por eles, adolescentes, na escolha do momento certo para falar” (Wagner, 2005).

A forma como se comunica e o ambiente onde o faz tem influência, as atividades educativas realizadas em um ambiente acolhedor com adolescentes, são verbalizadas dúvidas, havendo envolvimento, trocas de informações e vivências, resultando na construção do conhecimento coletivo (Almeida, 2021).

É visível uma correlação positiva ( $r=0.40$ ,  $p < 0.01$ ) entre o uso das “Estratégias de comunicação assertivas” com o uso das “Estratégias de comunicação manipulativa”. Na comunicação, os pais parecem ser capazes de utilizar “Estratégias de comunicação assertiva”, como: elogiar, fazer perguntas e transmitir mensagens, mas, por outro lado, recorrem muitas vezes a uma “Estratégia de comunicação manipulativa”, como: dar ordens, ameaçar, criticar ou mesmo ofender (Carvalho, 2017).

Por fim, é visível uma correlação positiva entre quando mais “Conhecimentos sobre sexualidade” maior é o conhecimento sobre a temática “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva” ( $r= 0.42$ ,  $p < 0.01$ ).

Os pais podem transmitir mensagens e dar sugestões aos filhos, mas eles próprios sentem-se desconfortáveis, por não deterem conhecimento suficiente e/ou pensarem ser culturalmente inadequado [Vieira (2021) citando Heller & Johnson, (2010)], sobre “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva”.

Segundo o estudo realizado por Silva (2019), os familiares expõem que algumas situações são delicadas de serem abordadas aos filhos, enfatizando a dificuldade para uma conversa aberta no que diz respeito a educação sexual. Os pais que possuem um diálogo aberto relataram a existência de sentimentos negativos como vergonha, constrangimento, e receio de falar diretamente ao assunto, e mencionaram que para algumas pessoas pode ser mais fácil manter essa temática no âmbito familiar que para outras.

Por ser uma temática permeada de tabus e dúvidas, a família acaba por não conseguir exercer o papel principal, ser orientador acerca da temática, limitando-se a sentimentos de vergonha, medo, e falta de conhecimento suficiente, e em consequência, disso os jovens adolescentes

estão a viver cada vez mais precocemente a sua sexualidade, contornada de riscos e perigos (Ramos et al, 2022).

Estudo realizado por Dias e Nuno, (2024) observou que quanto maior os conhecimentos sobre sexualidade, melhores competências em aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva.

#### 5.4 CONCLUSÃO DO ESTUDO

Os objetivos delineados para o estudo, a necessidade de conhecer a relação entre o nível de conhecimento sobre sexualidade da família, mães e pais, e a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes dos 12 aos 15 anos, no contexto dos CSP, foram atingidos. Foi possível caracterizar o nível de conhecimento sobre sexualidade e a comunicação sobre Educação Sexual nas famílias, mães e pais, com os filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, por aplicação de questionários. Através da análise dos mesmos, com apoio do SPSS®, foi possível relacionar o nível de conhecimento sobre sexualidade da família com a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos.

Foi notório, logo numa análise mais superficial, a existência de duas temáticas no QCS, com maior défice de conhecimento. A temática “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA” e a “Primeira relação sexual e preocupações sexuais”, estando sustentadas com evidência científica como mencionado.

No QCESF-VP, é importante evidenciar que na sua comunicação com os filhos, os pais utilizam em grande média as “Competências de comunicação baseadas na atenção emocional”, na primeira secção do questionário. Na segunda secção, às estratégias de comunicação manipulativa, relativamente ao último mês, são menos utilizadas.

Nesta primeira avaliação, havia uma necessidade de trabalhar com as famílias sobre as duas temáticas mencionadas com défice de conhecimento e elogiá-las as famílias pela forma como comunicam com os seus filhos adolescentes.

Após a realização das correlações entre os questionários, obtiveram-se novos dados.

O facto de existir maior conhecimento por parte dos pais sobre a “Primeira relação sexual e preocupações sexuais”, os mesmos têm um maior conhecimento sobre “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA”, mas há estudos que indicam o contrário, maior conhecimento não se traduz necessariamente em maior contraceção ou conduta auto protetora.

A “Prevenção da gravidez” está associada à prevenção de “IST e VIH/SIDA”.

O conhecimento sobre sexualidade está fortemente relacionado com a contraceção e práticas seguras, primeira relação sexual e preocupações sexuais, IST e VIH/SIDA, prevenção da gravidez e perceção positiva da sexualidade. Quanto maior é a preocupação com estas temáticas mais as famílias procuram conhecimento, o que não se traduz propriamente na sua aplicabilidade, havendo necessidade de avaliar isso mesmo.

Bem como, o facto de terem acesso à educação e informação, “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva”, existe aumento do “Conhecimento sobre sexualidade” e sobre “Infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA”.

Quanto maior o “Nível de escolaridade”, maior é o conhecimento sobre “Primeira relação sexual e preocupações sexuais”, a prevenção de “ISTs e VIH/SIDA” e os “Conhecimentos sobre sexualidade”. O nível de escolaridade tem impacto na formação e conhecimento transmitidos aos filhos.

Foi notório uma relação entre, quanto maior o número de filhos menor são os conhecimentos sobre “Contraceção e práticas sexuais seguras” e “Conhecimentos sobre sexualidade”.

Na comunicação dos pais com os filhos, existindo o uso de “Estratégias de comunicação assertiva” maior é a perceção positiva sobre a “sexualidade e prazer sexual” por parte dos filhos.

As famílias têm a capacidade de comunicar utilizando “Competências de comunicação baseadas na atenção emocional”, tanto conseguem conversar ou mesmo manifestar a sua opinião, bem como com as “Estratégias de comunicação manipulativa”, conseguem ofender ou mesmo criticar, sobre o uso de “Contraceção e práticas sexuais seguras”. Existe necessidade de instruir e desenvolver práticas educativas saudáveis e promover a utilização de competências de comunicação, de forma adequada.

As “Competências de comunicação baseadas no controlo e na gestão do ambiente” tendem a estar associadas, indicando que as famílias que tentam controlar a comunicação também se adaptam ao contexto, aguardando pelo melhor momento.

Quando são usadas “Estratégias de comunicação assertivas” os pais também tendem a recorrer a “Estratégias de comunicação manipulativa”. Na comunicação, os pais com os filhos adolescentes tanto podem elogiar, fazer perguntas e transmitir mensagens ou, por outro lado, podem dar ordens, ameaça-los, criticá-los ou mesmo ofendê-los. Há famílias, geradoras de um diálogo aberto, positivo e disponível, de modo a aumentar as interações com os filhos, utilizando as estratégias assertivas, mas acabam também acabam por errar, com o uso das estratégias manipulativas e provocando um comportamento contraditório.

Existindo “Conhecimentos sobre sexualidade” também há conhecimentos sobre “Aconselhamento e atendimento em saúde sexual e reprodutiva” por parte das famílias, apesar de existirem estudos que, as famílias podem transmitir a informação e serem detentores de conhecimentos, mas também há vergonha ou o facto de detetam que o conhecimento não é assim tanto para transmitirem aos filhos. A família acaba por não conseguir exercer o papel principal, limitando-se aos sentimentos de vergonha e medo, sendo também um tema por vezes tabu em certas famílias.

Após as correlações, temos várias informações e algumas podem parecer contraditórias. Realço a necessidade do EF trabalhar com estas famílias pontos chaves: aprofundar conhecimentos sobre as temáticas “Infeções Sexualmente Transmissíveis, VIH/SIDA” e “Primeira relação sexual e preocupações sexuais”; Fortalecer o conhecimento sobre temáticas: contraceção e práticas seguras, prevenção da gravidez, sexualidade e prazer sexual; trabalhar a utilização oportuna das estratégias de comunicação manipulativa e assertiva; desmistificar mitos, preocupações sobre a sexualidade junto das famílias, mães e pais.

Diante da realização deste estudo, houve uma limitação em termos de outros estudos já realizados para a discussão dos resultados encontrados, pois não há estudos que abordam a Comunicação em Educação Sexual na Família, aplicados aos pais.

Com a conclusão deste estudo, foi possível a identificação das necessidades das famílias, relativamente aos conhecimentos sobre sexualidade e as dificuldades na comunicação com os filhos adolescentes, permitindo assim, que o EF possa intervir neste processo da educação em saúde sexual e melhorar a qualidade dos cuidados a estas famílias com filhos adolescentes, nomeadamente com a execução e a implementação de projetos de melhoria continua com base nos pontos identificados.

A investigação beneficia ainda todas as famílias com adolescentes promovendo a sua saúde e o seu bem-estar e dá visibilidade à ESF.

Realço a necessidade de se realizar o estudo com uma amostra superior, com objetivo de:

- Aumentar a precisão: uma amostra maior tende a fornecer estimativas mais precisas, reduzindo a margem de erro;
- Melhorar a representatividade: com mais participantes, a amostra é mais representativa da população, o que aumenta a validade externa do estudo;
- Detetar efeitos menores: estudos com amostras maiores têm maior poder estatístico para detetar efeitos menores que poderiam passar despercebidos em amostras menores;
- Generalizar os resultados: resultados obtidos de uma amostra maior são mais facilmente generalizáveis para a população em geral;
- Reduzir o viés: uma amostra maior ajuda a minimizar o impacto de *outliers* e a reduzir o viés de seleção.

Para além disso, realizar um estudo qualitativo iria permitir entender os resultados de forma mais especifica/minuciosa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para prestar um cuidado eficaz à família como unidade de cuidados, o enfermeiro especialista em ESF deve alcançar o nível IV, a família é o cliente. Deve trabalhar, de modo colaborativo com a família, para conhecer as suas dinâmicas, as relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

O EESF deve ter uma visão sistémica dos modelos familiares, assim como conhecimento sobre de modelos e técnicas de avaliação e intervenção familiar.

Os estágios contribuíram para o processo de aprendizagem desenvolvendo de forma efetiva os objetivos delineados, com a reflexão sobre as atividades desenvolvidas para o desenvolvimento de competências no domínio pessoal e profissional do EE. Para isso contribui a prestação de cuidados em proximidade com as famílias, a realização de um trabalho sobre a avaliação de uma família com uma filha adolescente segundo o Modelo de Calgary e a construção de documentos dirigidos aos profissionais para implementação na unidade.

No decorrer dos estágios, foi possível realizar consultas de enfermagem ao longo do ciclo vital, promovendo a humanização dos cuidados e a prestação dos melhores cuidados às famílias, dando resposta às suas necessidades. A disponibilidade das famílias permitiu trabalhar de uma forma colaborativa, completando as avaliações no sistema informático SClínico® e os registos relativos aos cuidados prestados às famílias, em consulta.

A enfermagem de família centra-se na capacitação funcional da mesma, face aos seus processos de transição. As metas e objetivos a serem atingidos no plano de cuidados não são do enfermeiro, mas das famílias e, por isso, devem ser negociados, sendo o objetivo major a sua capacitação, de modo colaborativo atingindo uma vivência saudável dos seus processos de mudança.

Quando a história da família, os seus valores e os objetivos são levados em consideração no processo de intervenção, esta torna-se parceira, fortalecendo assim o seu compromisso com a manutenção e o desenvolvimento da própria saúde.

Estes foram reconhecimentos importantes, para a melhoria e consolidação da perceção profissional sobre o papel do EEECSF.

Em relação ao estudo realizado junto das famílias com filhos adolescentes, foi possível a identificação das necessidades relativamente aos conhecimentos sobre sexualidade e as dificuldades na comunicação, revelando a importância de trabalhar com estas famílias, de modo aprofundar os conhecimentos e trabalhar a utilização oportuna das estratégias de comunicação com os filhos. Para além disso, é importante desmistificar mitos, preocupações e a vergonha, por vezes sentida por parte das famílias, em comunicar sobre a sexualidade com os filhos.

Ainda há longo caminho a percorrer no desenvolvimento dos CSP em Portugal para assegurar a excelência e eficiência dos cuidados de saúde. Os CSP precisam de continuar a desempenhar o seu papel fundamental na promoção da saúde da população, oferecendo cuidados acessíveis, eficazes e centrados nas famílias.

O baixo número ainda de EESF, a escassa publicação de estudos no domínio da ESF, nomeadamente sobre o tema do estudo abordado, reforça a necessidade de ser realizada mais investigação e divulgação de evidência científica, nestas áreas.

No decorrer deste percurso, houve dificuldades e limitações, algumas superadas após muita resiliência e trabalho, características de um enfermeiro em Portugal, permitindo assim um crescimento enquanto Pessoa e futura EE.

Com a finalização deste relatório, pode-se afirmar com segurança que os objetivos estabelecidos foram atingidos, proporcionando um enriquecimento pessoal e profissional inestimável, além da descoberta de competências até então desconhecidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing Theorists And Their Work*. (9 e). United States of America: Elsevier. Acedido a 17 de fev.2025. Disponível em: <https://arakmu.ac.ir/file/download/news/1581932519-nursing-theorists-and-their-work-e-book.pdf>
- Almeida C. (2021). Os adolescentes e a sexualidade: Do conhecimento à intervenção em saúde escolar. Mestrado em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.
- Almeida, J. (2015). *Enfermagem Comunitária e os Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Editora Saúde Pública
- Almeida, R, Corrêa, R., Rolim, I., Hora, J., Linard, A., Coutinho, N., Oliveira, P. (2017). Conhecimento de Adolescentes Relacionados Às Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gravidez. *Revista Brasileira De Enfermagem*. São Paulo – Brasil. Disponível Em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/p4gD43L6gJhMZv3yGkRfvmM/>
- Andrade, F., Vaz, M., Caldeira, S., Deodato, S. (2018). Implementação de consulta de enfermagem ao adolescente/jovem: diagnósticos e intervenções. *Cadernos De Saúde*, 10(1), 48-53. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.5287>
- Andrade, P., Barros, K., Santos, J., Nascimento, E., Bacelar, P. (2021). Conhecimento de adolescentes e jovens sobre questões relacionadas ao sexo, em uma escola pública de Monte Alegre do Piauí-PI. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14(2), 1-23.
- Barbosa, L., Pereira, J., Lima, A., Costa, S., Machado, R., Henriques, A., Folmer, V.,(2020). Dúvidas e medos de adolescentes acerca da sexualidade e a importância da educação sexual na escola. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2921.2020>
- Birra, M. (2020). Promoção da saúde mental dos pais/cuidadores em contexto de doença na criança hospitalizada: intervenção do enfermeiro especialista. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde – Escola de Enfermagem. Lisboa – Portugal.
- Caníço, H.; Bairrada, P.; Rodríguez, E.; Carvalho, A. (2010) *Novos Tipos de Família. Plano de Cuidados*. Coimbra: Ed. Imprensa da Universidade de Coimbra, 1ª ed. Coimbra – Portugal
- Carvalho, C. (2017). Educação sexual no contexto escolar e familiar: o contributo de variáveis pessoais, relacionais e educacionais para a compreensão das vivências sexuais dos jovens. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, Especialidade em Psicologia da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra – Portugal
- Carvalho, C., Pinheiro, M., Gouveia, J., Vilar. D., (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Universidade do Minho. Revista Portuguesa de Educação*, 2017, 30(2), pp. 249-274. DOI:10.21814/rpe.903
- Carvalho, J. et al (2012). Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família. Porto: ESEP. ISBN 978-989-96103-6-1
- Carvalho, J., Barbieri-Figueiredo, M., Fernandes, H., Vilar, A., Andrade. L., Santos, M., ..., Oliveira, P., (2012). Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família. Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família. Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal. ISBN. 978-989-96103-6-1
- Carvalho, J., Erdmann, A., Santana, M. (2011). Autonomia do cuidado na perspetiva de viver saudável do adolescente. Artigo de Investigação. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - n.º 4.
- Coelho, R., Souto T., Soares, L., Lacerda, L., Matão M., (2011). Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/DST entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. *Revista De Patologia Tropical*.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Dia internacional do enfermeiro 2008. Genebra-Suíça
- Correia C., Dias, F., Coelho M., Page, P., Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa – Portugal
- Cortes, H., Morais, A., Lacerda, L., Santos, R., Pinho, P. (2021). Sexuality And Religiosity: An Integrative Literature Review. *Research, Society and Development*, [S. L.], V. 10, N. 2, P. E37910212540, 2021. Doi:

- 10.33448/Rsd-V10i2.12540. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12540> .  
Acedido a: 25 mar. 2025.
- Decreto-Lei n.102/2023 (2023). Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República. (2023). Acedido a 22 de out.2024. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Decreto-Lei n.º 118/2014. (2014) Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República. Acedido a 10 de jan.2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Dias, B. P., Nuno, J. (2024). Era da (des)informação: conhecimentos e crenças sobre saúde sexual e reprodutiva em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 40(5), 477-489.
- Duvall, R. & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Escola Superior de Saúde. (2018). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei. Leiria - Portugal.
- Escola Superior de Saúde. (2024a). Planeamento do Estágio I - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Leiria.
- Escola Superior de Saúde. (2024b). Planeamento do Estágio II - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Leiria.
- Escola Superior de Saúde. (2024c). Planeamento do Estágio III - Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP, com Relatório. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Leiria.
- Farias, K., (2019). Conhecimento e comportamento em relação à transmissão do HIV/AIDS e outras infeções sexualmente transmissíveis em adultos. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, do núcleo da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Fortaleza – Brasil
- Ferraz, L., Schneider, L., Pereira, R., Pereira A., (2020). Teaching and learning of an evidence-based practice in Nursing and Medical Training. *Rev. Bras. Estud. Pedagog.* 101 (257). Disponível em: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>
- Ferreira M., Figueiredo M., Guedes V., Marques A., Lopes A., Santos M., Lopes M., Gomes T., Peixoto M. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem - Vol. 25 - N.º 2, 2º Semestre*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
- Ferreira, L. (2017). Avaliação da implementação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar num agrupamento de centros de saúde da região norte. Curso de mestrado em enfermagem comunitária, Escola superior de enfermagem do porto – portugal. Consultado a 26/09/2024, link: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20905/1/AVALIAÇÃO%20DA%20IMPLEMENTAÇÃO%20DO%20MODELO%20DE%20AVALIAÇÃO%20E%20INTERVENÇÃO%20FAMILIAR%20NUM%20AGRUPAMENTO%20DE%20CENTROS%20DE%20SAÚDE%20DA%20REGIÃO%20NORTE.pdf>
- Figueiredo M., Martins M., Silva L., Oliveira P. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), ISSN 2176-901X, São Paulo.
- Figueiredo, H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel Edições Técnicas, Lda. Lisboa – Portugal
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto – Portugal. Acedido a 17 de jun. 2024. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2020). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Almargem do Bispo: Sabooks Editora
- Figueiredo, M., Martins, M. (2010). Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude.v9i3.12559
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures – Portugal
- Fortin, M., Côte, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta.
- Freire, A., Melo, M., Vieira, M., Gomes, I., Gomes, J., Ribamar, D., Costa, M. (2017). Aspectos psicossociais da sexualidade na adolescência: diálogos e aprendizagem na escola. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 38(1), 3-14.
- Friedman, M. (1998) – “*Family Nursing. Reserch, Theory & Praticce*”. Fourth edition , Connecticut: Appleton & Lange.

- Genz, N., Meincke, s., Carret, M., Corrêa, A., Alves, C., Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. Revista Brasileira De Enfermagem. São Paulo – Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/GrXZhcDdPFwm5Q8TMSZbxMf/abstract/?lang=pt>
- George, J. (1993). Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gil, A. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo. Atlas.
- Gottlieb, L.N. (2016). O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Lusodidacta, Lisboa.
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. Camarate: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.
- Kirby, D. (2007). Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Kohlberg, L. (1976). Moral Stages and Moralization: The Cognitive-Developmental Approach. In T. Lickona (Ed.), Moral Development and Behavior: Theory, Research, and Social Issues (pp. 31-53). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lins et al. (2022). Estratégias de promoção da saúde do adolescente desenvolvidas por enfermeiros. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34704>
- Lopes, A. (2016). Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Relatório de Estágio. Lisboa – Portugal. Acedido a 26 set.2024, disponível : <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18131/1/Consulta%20de%20Enfermagem%20do%20Adolescente%20%2012%2013%20anos%20%20uma%20necessidade%20em%20saúde.pdf>
- Lunet, N., Severo, M., Barros, H. (2006). Desvio Padrão ou Erro Padrão, Vol.20 – Nº1/2. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ISSN 0871-3413. Porto – Portugal
- Maddowall W, Jones KG, Tanton C, et al (2015). Associations between source of information about sex and sexual health outcomes in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007837
- Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS Statistics (5.ª ed.). Lisboa: Report Number
- Marôco, J. (2021). Análise Estatística com o SPSS Statistics. 8ª Edição. Editor: ReportNumber
- Martins A. (2018). Revisão Sistemática do ciclo vital da família. Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica Ramo de Psicoterapia Psicodinâmica. Coimbra – Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/094b0cc3-5640-44dc-8605-d4bbc79025ce/content>
- Martins, J.C. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem, 12 (2), 62-66.
- Martins, M. (2010). Conhecimentos e comportamentos sobre algumas infecções sexualmente transmissíveis dos alunos dos ensinos básico e secundário de uma escola da área da grande lisboa. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em microbiologia médica. Universidade Nova De Lisboa, Instituto De Higiene E Medicina Tropical - Unidade De Ensino E Investigação Em Doenças Sexualmente Transmissíveis. Lisboa – Portugal
- Martins, M. M. F., Prado, N. M. B. L., Vilasbôas, A. L. Q., & Aquino, R. (2024). Fonte usual de cuidado e o acesso de adolescentes brasileiros a serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Ciência & Saúde Coletiva, 29(5), e11232023. [https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.11232023\[1\]\(https://www.scielo.br/j/csc/a/qwnv3hY5QgHZ7NxRvJbRDym/](https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.11232023[1](https://www.scielo.br/j/csc/a/qwnv3hY5QgHZ7NxRvJbRDym/)
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro L., ..., Equipa Aventura Social. (2010). A saúde dos adolescentes portugueses - Relatório do estudo HBSC 2010. Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. Lisboa – Portugal
- Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, Afaf, et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advanced Nursing Science. Vol. 23(3), pp. 12-28
- Melo, P. (2021). Consultas de Enfermagem Nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Mendes, M., Rego, C., Caleiro, A., (2009). Educação e Fecundidade em Portugal: As diferenças nos níveis de educação influenciam as taxas de fecundidade. Universidade de Évora. Departamento de Economia. Évora – Portugal
- Mendes, V.M. (2012). Trabalho Projeto “Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspetivas futuras”. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 24 fevereiro 2025. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/9400>
- Minuchin, S. (1982). Famílias: Funcionamento & tratamento. (J. A. Cunha, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1980).
- Minuchin, S. (1990). Famílias. Funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miranda C., Scholze A., Júnior C, Maeyama, M. (2020). O ensino da prevenção nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina do estado de santa catarina. Associação Médica Brasileira – Arquivos Catarinenses de Medicina. Brasil
- Morais, C. (2012). Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal
- Néné, M. Sequeira, C. (2022). Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática. Lidel – edições técnicas, lda. Lisboa – Portugal
- Nery, I., Feitosa, J., Sousa, A., Fernandes, A. (2015). Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. Acta Paul Enfermagem. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Teresina, Brasil
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa – Portugal. Acedido a 17 de jun.2024. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar- Regulamento nº367/2015 de 29 de junho. Diário da República: 2ª série, Nº124. Acedido a 17 de jun.2024. Disponível em: [https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep\\_Regulamento\\_Padroes\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Especializados\\_em\\_Enfermagem\\_Saude\\_Familiar.pdf](https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_Regulamento_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_em_Enfermagem_Saude_Familiar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar. 3ª Assembleia do Colégio da especialidade de enfermagem comunitária. 25 de novembro. Leiria – Portugal. Acedido a 17 de jun.2024. Disponível em: [https://ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_spública.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Parecer nº 10/2017. Acedido a 18 de fev.2025. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_10\\_2017\\_MCEEMC\\_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf)
- Ordem Dos Enfermeiros. (2021). Parecer do conselho de enfermagem N.º 53/2021 - Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. Acedido a 02 fev.2025. Disponível em: [https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Tomada de Posição nº01/2023 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido a 19 de fev.2025 . Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva (UFRGS/DESCOL). Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral.
- Organização Mundial de Saúde. (s.d.). Saúde do Adolescente, disponível em: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Ostlund, U. et al. (2015). Nurses’ fidelity to theory-based core components when implementing family health conversations – a qualitative inquiry. Scandinavian journal of caring sciences.
- PORTADA. (2024). FFMS. Censos de Portugal em 2021: resultados por tema e por concelho. Acedido a 22 de out.2024. Disponível em: <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-1075>
- Prazeres, V. (1998). Saúde dos adolescentes – princípios orientadores, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Prodanov, C. & Freitas, E. (2013). Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Académico. Novo Hamburgo. Universidade Feevale.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., Diniz, J., Simões, C., (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa – Portugal
- Ramos, S., Silva, L., Carvalho, S., Sousa, M., Sousa, K., Lima, W., ... Silva, A. (2022). Adolescência: Desafios entre pais e filhos na educação sexual. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e1511830368, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.30368. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30368>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem. 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro. Acedido a 17 de jun.2024. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 428/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série - N.º 135. Acedido a 17 de jun.2024. Disponível: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>
- Regulamento nº743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – Regulamento nº743/2019, de 25 de setembro. Diário da República. Acedido a 17 de jun.2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Relvas, A. (2004). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento
- Santos, P. (2018). O Papel dos Enfermeiros na Modernização dos Serviços de Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). Nova fase da organização do SNS. Acedido a 8 de março.2025. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.) a). BI - USF [redacted]. Acedido a 17 de jun.2024. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3140172/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.) b). BI – UCSP [redacted]. Acedido a 20 de set.2024. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/939/30041/3140172/Paginas/default.aspx>
- Silva, C. & Rodrigues, L. (2018). Abordagem Multidisciplinar nos Cuidados de Saúde Primários. Porto: Edições Clínicas.
- Silva, M. (2023). Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos – a perspetiva de um futuro médico de família. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. DOI: 10.32385/rpmgf.v39i4.13732
- Silva, S., Ferreira, M., Bastos, M., Monteiro, M., Couto, G., (2020). Diagnóstico do conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade. Acta Paul Enferm. 2020;33: eAPE20190210.
- Silva, V. M. (2019). Potencialidades e desafios na abordagem da educação sexual na adolescência: estudo de caso em uma escola da cidade de Recife. 2019. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Souza, A., Vendruscolo, C., Zocche, D., Ascari, R., & Oliveira, B. (2021). Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. Revista Enfermagem Brasil, 20(6), pp. 764-782. doi: 10.33233/eb.v20i6.4815.
- Tako, K., Kameo, S., (2023). Metodologia da pesquisa científica: dos conceitos teóricos à construção do projeto de pesquisa. Editora Amplla. Campina Grande – Brasil
- Tomey A., Alligood M. (2002), Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem), Lusociência, Loures – Portugal
- Unidade de Saúde Familiar [redacted]. (2021). Regulamento Interno. ARSLVT – Aces Médio Tejo.
- Unidade Local de Saúde Médio Tejo. (2024a). Apresentação. Acedido a 20 de set.2024. Disponível em <https://www.chmt.min-saude.pt/instituicao/>
- Unidade Local de Saúde Médio Tejo. (2024b). Mensagem de Boas-Vindas. Acedido a 20 de set.2024. Disponível em <https://www.chmt.min-saude.pt/mensagem-de-boas-vindas/>
- Unidade Local de Saúde Médio Tejo. (2024c). Missão, Visão e Valores. Acedido a 22 de out.2024. Disponível em: <https://www.chmt.min-saude.pt/visao-missao-e-valores/>
- Vilar, D., Ferreira, P., (2009). A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes. Educação Sexual em Rede Nº 5 abril. Associação Para o Planeamento da Família. Lisboa – Portugal
- Vilelas J. (2022), Investigação – O processo de Construção do Conhecimento, 3ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo.

- Wagner, A., Carpenedo, C., Melo, L., Silveira, P. (2005). Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. *Psicologia Reflexiva Critica*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200016>
- Wakley G. (2011). Helping parents with sex education. *The journal of family health care*, 21(2), 30–33.
- Wright, L., Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ª ed.). Roca.
- Zordan E., Sshmidt,E., (1996). Percepção dos pais acerca da sexualidade dos filhos na adolescência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. DOI: [10.35919/rbsh.v7i2.748](https://doi.org/10.35919/rbsh.v7i2.748)

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1** - Modelo De *Calgary* De Avaliação Familiar Da Família



**IPL**

escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA E

RITA MENINO SILVA

Leiria, julho de 2024



**IPL**

escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA:

ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

MODELO DE *CALGARY* DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA E

RITA MENINO SILVA (nº 5230151)

Trabalho elaborado no âmbito da unidade curricular  
Estágio I, sob a orientação da Professora Doutora Eva  
Patrícia da Silva Guilherme Menino e Enfermeiro  
Orientador: Enfermeiro Especialista Pedro Sequeira

Leiria, julho de 2024

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

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EC – Ensino Clínico

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV - Plano Nacional de Vacinação

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE	
ÍNDICE DE FIGURAS .....	iv
ÍNDICE DE QUADROS .....	v
INTRODUÇÃO .....	6
1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA E.....	8
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA E.....	9
1.1.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO.....	14
1.1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	17
2. PLANO DE CUIDADO.....	20
CONCLUSÃO .....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27

## ANEXOS

ANEXO I – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe de 1967, da Família E

ANEXO II - Escala de Faces II (versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes, 1995), da Família E

ANEXO III - Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, da Família E

ANEXO IV – Folheto: Infecções sexualmente transmissíveis, do Grupo para o Estudo e Investigação das Doenças Sexualmente Transmissíveis

ANEXO V - Preservativo Masculino e Feminino, do Grupo para o Estudo e Investigação das Doenças Sexualmente Transmissíveis

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I: Tipo de Família .....	10
Figura II: Genograma Família E .....	11
Figura III – Ecomapa Família E .....	13
Figura IV: Habitação da Família E.....	14
Figura V: Escala de Graffar Família E .....	14
Figura VI: Ciclo vital de Duvall .....	16

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro I – Conceitos relacionados com a Coesão Familiares .....	19
Quadro II – Conceitos relacionados com Adaptabilidade Familiares .....	19
Quadro III – Scores e Interpretação da Escala FACES II .....	20
Quadro IV – Plano de cuidados da Família E .....	25

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Ensino Clínico (EC) II do Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, foi proposta a realização do Processo de Enfermagem à família, fundamentado no Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF).

Na sequência da sugestão dada pela professora orientadora do EC, optou-se por trabalhar uma família com um adolescente ou mais, com idades compreendidas entre os 12 aos 15anos, de modo a ir ao encontro do estudo de investigação que será implementado no estágio III, sobre avaliação e intervenção familiar na área da sexualidade. Após alguma reflexão conjunta com o enfermeiro orientador, selecionou-se a Família E para realizar a avaliação e intervenção familiar.

“A saúde e o bem-estar dos adolescentes são, hoje, entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano” (Prazeres, 1998, p.7), por isso, é determinante que, como futura EEESF, reconheça a importância de dar atenção à adolescência, uma fase do ciclo de vida cada vez mais precoce em termos biológicos e cada vez mais tardia em termos psicossociais e carente de cuidados de enfermagem.

Os adolescentes na fase inicial da adolescência encontram-se a um nível de raciocínio moral convencional, em que as regras e instruções advêm de autoridades, como os pais e os professores. Além disso, na fase inicial da adolescência, os pais controlam a situação de saúde do adolescente (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010). Nesta fase em que ocorre a puberdade, o adolescente tem muitas dúvidas sobre as alterações corporais o que constitui uma oportunidade para o enfermeiro abordar temas como a sexualidade, a contraceção, a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, a alimentação e o exercício físico (Hockenberry & Wilson, 2014).

No primeiro contacto com a família, foi pedido o consentimento informado, que foi concebido, de forma verbal e foi explicado que os dados obtidos seriam apenas para este fim, não expondo dados indicativos.

O primeiro contacto com a família, com o objetivo de iniciar a colheita de dados de uma forma mais completa, foi no dia 8 de junho de 2024, tendo já existido anteriormente contactos com a mesma. Foi possível, a partir deste dia, obter informações pertinentes,

a aplicação de escalas de avaliação familiar e realizar de forma colaborativa um plano de cuidados à família. Os registos e as avaliações foram realizados no sistema informático, SClínico®.

Como objetivo deste relatório temos, apresentar o Processo de Enfermagem da família, fundamentado no MCAIF.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos: no primeiro é apresentada a avaliação da família de acordo com o modelo supramencionado, no segundo capítulo será apresentado o plano de cuidados para a família E, com as intervenções e avaliações. Por último é apresentada uma conclusão com os ganhos deste trabalho para o meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF).

## 1. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DA FAMÍLIA

O Modelo da Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) é uma estrutura multidimensional que consiste em três categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O modelo baseia-se num fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança. Foi adaptado em 1983 a partir do modelo de avaliação da família de Tomm e Sanders (Wright & Leahey 2011).

As famílias em geral não se apresentam aos profissionais de cuidados de saúde para serem “avaliados”, pelo contrário, elas apresentam-se ou são encontradas pelos profissionais enquanto estão a enfrentar um processo de transição saúde/doença ou a procurar assistência para melhorar a sua qualidade de vida. O MCAF dá suporte ao enfermeiro, para as ajudar.

Segundo Figueiredo & Martins (2010) o MCAF permite compreender a família na sua multidimensionalidade, identificando as áreas de atenção de enfermagem no âmbito da saúde familiar.

A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (Figueiredo, 2023).

Todos as famílias devem ser suscetíveis de avaliação, sendo este um dos objetivos do enfermeiro de família. Apenas a avaliação familiar permitirá a identificação de necessidades congruentes com a unicidade de cada família, e desta forma o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades (Figueiredo 2009).

O foco dos cuidados é a família como um todo e em cada um dos seus membros individualmente. A implementação nas práticas de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários possibilita integrar estratégias que promovam a capacitação do sistema familiar, bem como identificar necessidades das famílias em cuidados de enfermagem e os ganhos em saúde (Figueiredo, 2020).

A família escolhida foi a família E, por ser uma família com uma adolescente, para ir ao encontro do projeto de investigação. Todos os elementos mostraram-se sempre disponíveis e interessados em melhorar o conhecimento numa área pertinente como a sexualidade.

## 1.1 CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA E

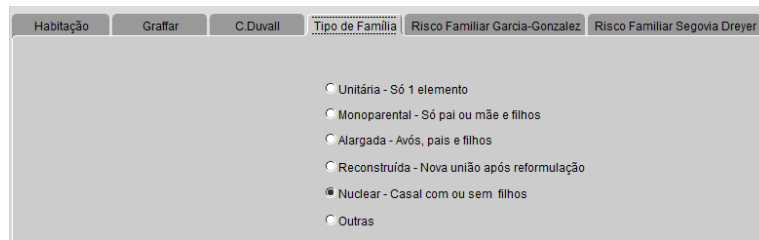
A família é composta pelo Pai J de 48 anos de idade, nascido a 13 de novembro de 1977, do sexo masculino e a Mãe C com 43 anos de idade, nascida a 2 de fevereiro de 1981, do sexo feminino. O Pai J tem o 10º ano de escolaridade, e é empregado fabril. A Mãe C é licenciada em Turismo e neste momento é Assistente Operacional na Junta de Freguesia. São casados há cerca de 7 anos, residindo em habitação própria. Têm dois filhos, a filha B de 13 anos de idade (paciente identificado), nascida a 20 de abril de 2011, do sexo feminino. E o filho A de 9 anos de idade, nascido a 19 de março de 2015, do sexo masculino. A filha B, terminou neste momento o 7º ano tendo transitado para o 8º ano, anda numa escola pública. O filho A, terminou neste momento o 4º ano de escolaridade e transitou para o 5º ano, também na escola pública. A família tem um gato que se chama Gaspar.

### 1.1.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

Wright, Watson e Bell (1996), citados por Wright e Leahey (2011, p.48) definem família como “(...) um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com o senso de pertencer e a inclinação a participar das vidas uns dos outros”. É importante que os enfermeiros, cada vez mais, tenham a capacidade de entender que a definição de família deve ultrapassar as barreiras da definição tradicional, existindo cada vez mais novos e diferentes tipos de famílias (Wright & Leahey, 2011).

A família constitui-se, como espaço de transmissão de crenças, assegurando a continuidade da cultura através de um cenário quotidiano, com significados e significantes de rituais e mitos sociais, construindo a sua relação particular de afetos e inter-relações entre os seus membros (Figueiredo, 2023).

Em termos de estrutura interna, a família E é uma família nuclear com filhos, constituída por quatro elementos, que são um casal, sendo o Pai J do género masculino e a Mãe C do género feminino, os dois filhos, a filha B do género feminino e o filho A do género masculino. A orientação dos pais é heterossexual, e primeiro nasceu o Pai J e depois a Mãe C.



Habitação   Graffar   C.Duvall   **Tipo de Família**   Risco Familiar Garcia-Gonzalez   Risco Familiar Segovia Dreyer

- Unitária - Só 1 elemento
- Monoparental - Só pai ou mãe e filhos
- Alargada - Avós, pais e filhos
- Reconstituída - Nova união após reformulação
- Nuclear - Casal com ou sem filhos
- Outras

Figura I: Tipo de Família

Fonte: SClínico®

Relativamente à estrutura externa, a família alargada é composta pelos pais da Mãe C, o Sr. C de 68 anos e a Sra. M de 66 anos, que habitam numa residência ao lado, e estão reformados.

Na Família E, nenhum elemento apresenta antecedentes pessoais, ou seja, patologias diagnosticadas.

O genograma, segundo Wright e Leahey (2011), é um diagrama de grupo familiar, útil para delinear a estrutura interna da família.

Figueiredo (2023) complementa afirmando que o genograma é um instrumento de avaliação familiar que apresenta informação sobre o sistema familiar, que é representada graficamente, proporcionando uma rápida visão sobre a sua composição e sobre alguns aspetos da sua complexidade em termos transgeracionais, como relações, problemas psicossociais ou problemas de saúde que tenham um padrão familiar. Poderá ser utilizado como um instrumento do conhecimento aprofundado da composição familiar e orientador das áreas de atenção ajustadas à configuração familiar e a sua especificidade.

De seguida encontra-se apresentado o genograma da família E.

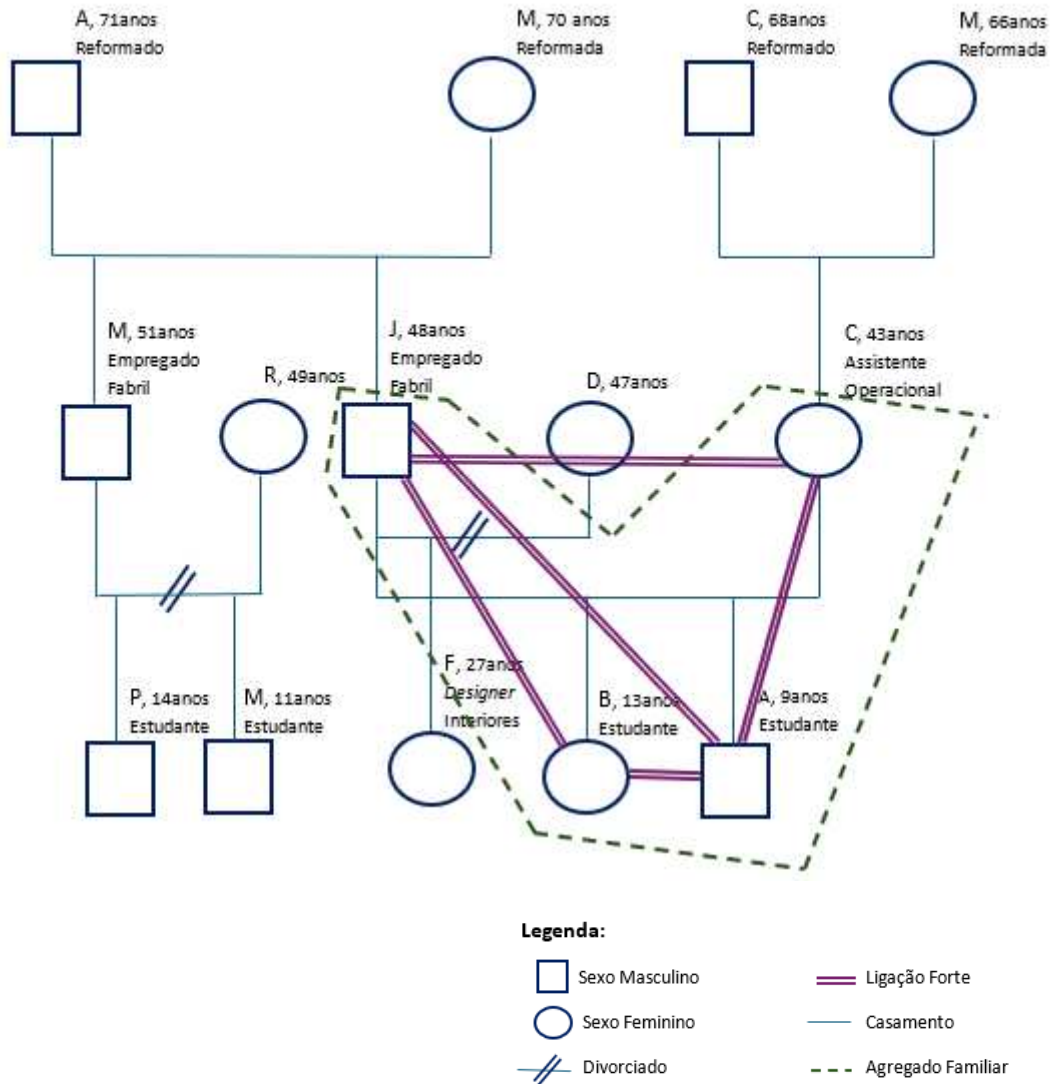


Figura II: Genograma Família E

O subsistema “é um termo utilizado para denominar ou caracterizar o nível de diferenciação do sistema familiar” (Wright & Leahey, 2011, p.54). Podemos afirmar que na Família E os subsistemas presentes são: subsistema individual constituído pelo próprio, onde cada um tem o seu papel, função e estatuto na família, subsistema conjugal composto pelo Pai J e a Mãe C casados há 7 anos, o subsistema parental onde o Pai J e a Mãe C exercem funções executivas, visa a educação e proteção das gerações mais novas, a filha B e do filho A, o subsistema filial composto pela filha B e o filho A onde aprendem as relações de poder e autoridade desigual e o subsistema fraternal composto também pela filha B e o filho A, onde existe treino das relações entre pares.

Os subsistemas têm limites cuja função é proteger a diferenciação desses mesmos subsistemas. Estes definem quem e como participa na dinâmica familiar, tal como refere

Minuchin (1974), citado por Wright e Leahey (2011) e estes podem ser difusos, rígidos ou permeáveis (Wright & Leahey, 2011). No caso da família E podemos afirmar que os limites são permeáveis uma vez que existe uma flexibilidade adequada, ou seja, há regras, mas podem ser modificadas de acordo com a vontade da família ou de um dos seus membros.

A família relaciona-se com outros sistemas mais amplos, bem como com a rede social da unidade familiar. No dia-a-dia, a Família E, gosta de passar maior parte do tempo em família, e com os avós, convivendo com estes tendo uma boa relação de proximidade. Gostam de fazer passeios em família pela aldeia, frequentam locais como o supermercado, a igreja, são católicos praticantes e vão à missa todos os domingos. A filha B gosta de passar o seu tempo a desenhar, a ver filmes e ir à natação, além do tempo que passa na escola com os amigos.

O ecomapa, também designado de mapa ecológico, explora as rela es e liga es com o contexto externo, retratando as rela es sociais e familiares. Permite avaliar os indivíduos, as famílias ou os grupos nos seus contextos, com uma visão rápida dos elementos constituintes e as suas intera es e liga es. Mostra a natureza das rela es entre os membros da família com os sistemas amplos, evidenciando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identifica o de pessoas e institui es de referência (Figueiredo, 2023).

Wright & Leahey (2011) corroboram afirmando que o ecomapa   outro instrumento para delinear a estrutura externa da família, representando a rela o da família avaliada com indivíduos fora da família imediata e sistemas extra-familiares.

Neste seguimento, apresenta-se de seguida o ecomapa da família E, com a respetiva legenda.

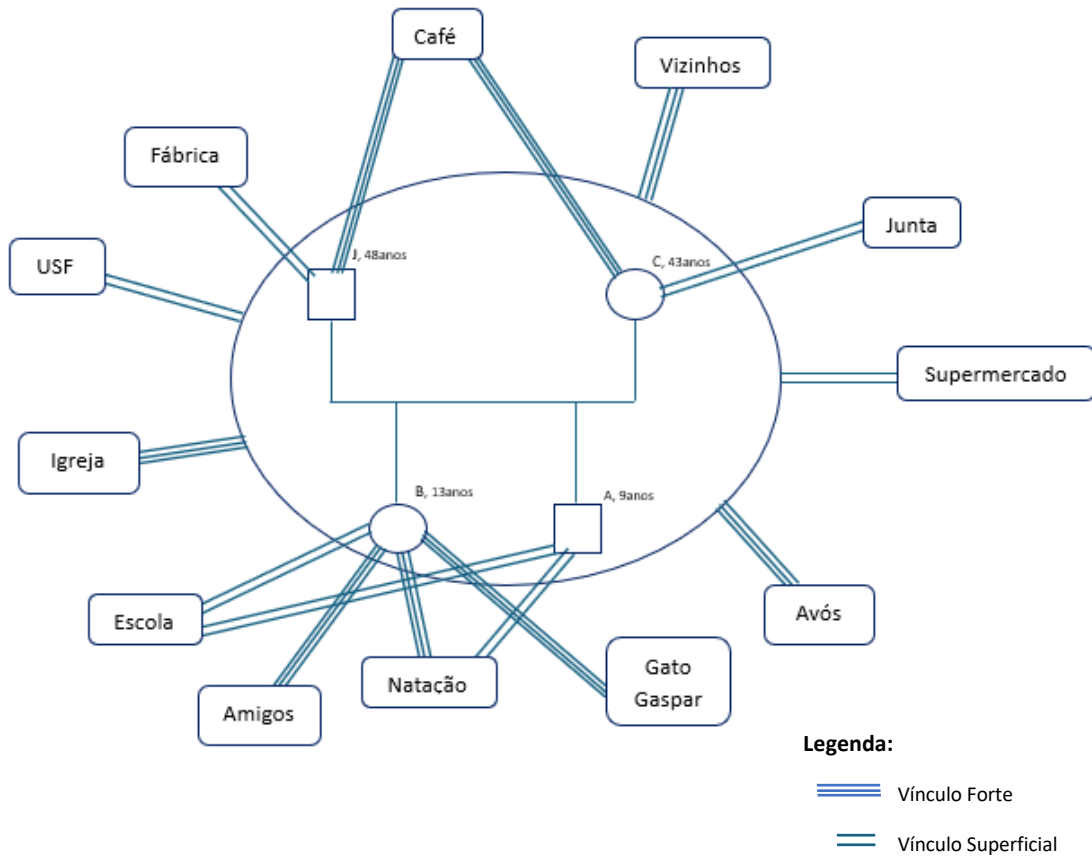


Figura III – Ecomapa Família E

A família E é de raça caucasiana e conta com valores importantes na sua vida, notáveis durante as entrevistas com a mesma, sendo que os principais para si são: a saúde e a família. Também valorizam questões como o respeito interpessoal, a honestidade, a preservação de si e da sua família e a promoção da saúde individual e familiar. Têm um estilo de vida saudável, ativo, cuidado e não praticam hábitos nocivos. Interagem com outras pessoas de forma respeitosa, especialmente com a sua família alargada e vizinhos. Procuram realizar atividades que sejam benéficas e divertidas para si, nomeadamente passar tempo em família. Têm a sua própria habitação com o terreno em volta e carro próprio.

Segundo Wright & Leahey (2011), as crenças religiosas da família, bem como rituais e práticas, podem exercer influência positiva ou negativa sobre a capacidade de enfrentar ou tratar uma doença ou preocupação de saúde. A família E é de religião católica, vão à missa todos os domingos, rezam e participam em rituais religiosos de forma regular.

A habitação da família é uma vivenda rés-do-chão com as seguintes divisões: três quartos, uma cozinha, uma sala, uma dispensa, duas casas de banho e uma garagem.

Tem saneamento básico, rede pública, luminosidade adequada. O espaço é adequado à família, suprimindo as suas necessidades de privacidade e conforto, o qual é influenciado pela existência de uma lareira.

Este registo foi realizado no SClínico® da seguinte forma:

Figura IV: Habitação da Família E  
 Fonte: SClínico®

De acordo com o referido, a família E encontra-se numa classe social média. Esta avaliação permite ao enfermeiro de família entender os fatores de *stress* para a família ou recursos da mesma (Wright & Leahey, 2011). Para a obtenção desta avaliação foi aplicada a Escala de Graffar à família no SClínico®, que se apresenta de seguida.

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social  
MÉDIA

Figura V: Escala de Graffar Família E  
 Fonte: SClínico®

Figueiredo (2023, p.353) corrobora dizendo, “a classe social influência a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, sendo”.

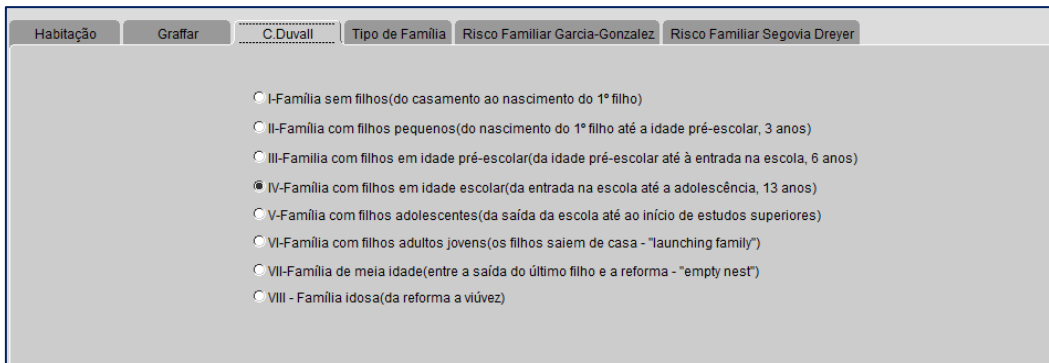
### 1.1.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Wright & Leahey (2011) menciona que além do conhecimento da estrutura familiar, o enfermeiro de família precisa de entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família.

Figueiredo *et al.* (2011) citando Carter & McGoldrick (1995), Relvas (2000) referem-se ao desenvolvimento familiar como um percurso evolutivo. As tarefas caracterizam as etapas do ciclo vital, podendo prever-se a sequência de transformações na organização da família ao longo do seu desenvolvimento.

Uma conceção sobre o ciclo vital da família foi a desenvolvida por Duvall & Miller (1985) segundo uma sequência de oito estádios. Trata-se da classificação adotada pelo SClinico®, segundo a qual o ciclo vital tem início com a formação do casal e evolui a partir do nascimento do primeiro filho, podendo existir ou não mais filhos. Inicialmente com quatro etapas, os autores aumentaram para oito, incluindo as etapas do ciclo vital caracterizadas pela saída dos filhos de casa, com o conseqüente surgimento do “ninho vazio”, e a vivência da reforma pelo casal até à morte (Duvall & Miller, 1985). Estes estádios mencionados, são definidos pela composição familiar, idade dos seus elementos e o estatuto ocupacional do chefe de família. A idade do filho mais velho é um marcador importante dos estádios focados na presença de filhos, pois cada fase concentra-se no crescimento, educação e autonomia/independência dos filhos.

A família E encontra-se na etapa do ciclo vital IV – Família com filhos em idade escolar (da entrada da na escola até a adolescência, 13 anos), o que significa que existem um conjunto de tarefas associadas, nomeadamente obter o equilíbrio entre o controle e a independência, da filha B com 13 anos, alteração da flexibilidade dos limites e permitir ao adolescente entrar e sair da família. A Família E para já, refere não sentir necessidade de alterar as rotinas ou mesmo as regras, a filha B é respeitadora das mesmas. Esta classificação encontra-se representada abaixo, obtida no programa informático SClinico®



I-Família sem filhos(do casamento ao nascimento do 1º filho)  
 II-Família com filhos pequenos(do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)  
 III-Família com filhos em idade pré-escolar(da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)  
 IV-Família com filhos em idade escolar(da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)  
 V-Família com filhos adolescentes(da saída da escola até ao início de estudos superiores)  
 VI-Família com filhos adultos jovens(os filhos saem de casa - "launching family")  
 VII-Família de meia idade(entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")  
 VIII - Família idosa(da reforma a viúvez)

Figura VI: Ciclo vital de Duvall

Fonte: SClínico®

A família E refere como mudanças recentes a reforma da avó M, vista como algo bastante positivo pois permitiu estar mais disponível e dar um apoio, quando necessário, com os netos B e A. Referem também que o facto do filho A, ter mudado de escola, apesar de ser algo causador de maior *stress*, correu bem pois é a escola que a filha B também frequenta.

Neste âmbito, foi concretizada a análise das situações ocorridas na vida familiar no último ano, através da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe de 1967. Esta escala representa um conjunto de 43 eventos, correlaciona os eventos de vida com o *stress* e a doença que ocorreram na família no último ano. Quando questionada a família em relação aos eventos do último ano, pude obter o *score* de 89 pontos nos pontos "reforma", "mudança de escola", "natal" e "férias". Assim, é possível concluir que têm uma baixa probabilidade de adquirir doença. Em anexo encontra-se a escala aplicada (Anexo I).

A distribuição das tarefas da família no seu dia-a-dia é relativamente constante sendo que a Mãe C trata da alimentação e da limpeza da casa, a filha B e o filho A tratam de arrumar e limpar os respetivos quartos, e por vezes ajudam também com a limpeza da sala. Referem que o Pai J trata mais do jardim.

O Pai J e a Mãe C, refere que mantém laços conjugais, centrados neles, mantêm a ida ao café os dois, que é algo que faziam antes de serem pais. Mencionam que quando os filhos eram mais pequenos, deixaram de fazer, mas neste momento retomaram e sentem-se bastante felizes por isso. A família E mantém um vínculo forte entre si, Pai –

Mãe – Filha – Filho, e com os restantes membros da família, nomeadamente os pais da Mãe C, com quem têm maior proximidade.

### 1.1.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional da família diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos se relacionam e comportam uns com os outros. É o aspeto do aqui e agora na vida da família que é observado e apresentado por ela.

Existem dois aspetos básicos do funcionamento familiar, instrumental e expressivo, que procedem de modo diferente (Wright & Leahey, 2011). O funcionamento instrumental diz respeito às rotinas da família e às atividades realizadas no seu dia-a-dia, tais como alimentar-se, dormir, preparar refeições, mudar de roupa, entre outras (Wright & Leahey, 2011).

As rotinas familiares protegem os elementos da família contra o *stress*. A Família E descreve-se como sendo uma família com rotinas relativamente ao horário das refeições, na hora do deitar, por exemplo.

A capacidade de comunicar, entre família, não se encontra comprometida uma vez que demonstram comunicar corretamente e com respeito, entre si e com as restantes pessoas. No âmbito da mobilidade, o Pai J, refere ter alguma dificuldade, nomeadamente com dores na região lombar causadas pelos 24 anos a cortar cortiça, mas quando se encontra em maior desconforto procura fazer sessões de fisioterapia, pelo que esta necessidade não se encontra comprometida, uma vez que o Pai J já tem estratégias para a resolução da mesma.

A Família E, demonstram realização pessoal e profissional, o Pai J e a Mãe C estão com atividades laborais que gostam e se sentem bem, a filha B e o filho A estão na escola, são muito bons alunos e estão no quadro de mérito da escola. As necessidades de respirar, comer/beber, eliminar, higiene pessoal, vestir-se, controlar a temperatura do corpo, sono/repouso não se encontram comprometidas, o que demonstra que a Família tem a capacidade intelectual e física para suprir essas mesmas necessidades.

O funcionamento expressivo relaciona-se com a comunicação, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças e uniões (Wright & Leahey, 2011). De acordo com Alarcão (2006), de modo a conhecer as interações familiares, é importante

compreender a comunicação entre os seus membros. Em termos de comunicação emocional, a família E tem uma boa capacidade de expressar as suas emoções, bem como de comunicar as suas preocupações aos restantes membros da família. A comunicação entre a Família E, é funcional, sendo que comunicam principalmente entre si, com confiança e respeito. Facilmente reúnem-se para falarem, partilharem emoções e sentimentos, ou simplesmente falar sobre uma situação que os está a incomodar. A filha B, refere que se sente à vontade para falar com a mãe sobre todos os assuntos.

Através dos contactos com a família também foi possível observar que partilham as suas preocupações em saúde com a equipa multidisciplinar, procurando obter auxílio por parte da mesma. Utilizam um padrão de comunicação adequado, assertivo e de respeito para com o outro, tendo ambos a sua própria influência e poder no âmbito da sua relação familiar.

Sendo uma família católica, utilizam a sua fé para ultrapassar crises e transições da vida familiar, apresentando boa capacidade de resolução de problemas.

Neste sentido, surge a escala de Faces II, versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes – Coimbra de 1995 (ANEXO II), que inclui valores relacionados com a coesão familiar e adaptabilidade familiar, e que foi aplicada à filha B e à Mãe C, em grupo. Figueiredo (2023, p.362) “esta escala é de fácil administração (...) podendo ser administrada individualmente ou em grupo”.

Esta é uma escala tipo *Likert*, em que as opções de resposta são de um a cinco, sendo que o valor um corresponde a “quase nunca”, valor dois corresponde a “de vez em quando”, o valor três corresponde a “às vezes”, o valor quatro corresponde a “muitas vezes” e o valor cinco corresponde a “quase sempre” (Figueiredo, 2023). Após o preenchimento, verificamos os itens que são cotados inversamente e realizamos a soma com base nos quadros seguintes.

<i>Laços emocionais:</i>
(+) 1. Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades.
(+) 17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.
<i>Limites familiares:</i>
(-) 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.
(-) 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.
<i>Coligações:</i>
(-) 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.
(-) 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.
<i>Tempo:</i>
(+) 7. Na nossa família fazemos coisas em conjunto.
(+) 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.
<i>Espaço:</i>
(+) 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.
(-) 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.
<i>Amigos:</i>
(+) 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.
(+) 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.
<i>Decisões:</i>
(+) 13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.
(+) 21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.
<i>Interesses e lazeres:</i>
(-) 15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.
(+) 30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.

Quadro I – Conceitos relacionados com a Coesão Familiares

Fonte: Fernandes (2013)

<i>Laços emocionais:</i>
(+) 1. Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades.
(+) 17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.
<i>Limites familiares:</i>
(-) 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.
(-) 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.
<i>Coligações:</i>
(-) 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.
(-) 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.
<i>Tempo:</i>
(+) 7. Na nossa família fazemos coisas em conjunto.
(+) 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.
<i>Espaço:</i>
(+) 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.
(-) 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.
<i>Amigos:</i>
(+) 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.
(+) 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.
<i>Decisões:</i>
(+) 13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.
(+) 21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.
<i>Interesses e lazeres:</i>
(-) 15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.
(+) 30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.

Quadro II – Conceitos relacionados com Adaptabilidade Familiares

Fonte: Fernandes (2013)

Após esta soma associamos os valores obtidos, da coesão e adaptabilidade (representados na tabela seguinte), somando de novo os valores obtidos e dividindo por dois.

Valores		Coesão	Valores		Adaptabilidade	Valores	Tipo de Família
8	80 74	Muito Ligada	8	70 65	Muito Flexível	8	Equilibrada
7	73 71		7	64 55		7	
6	70 65	Ligada	6	54 50	Flexível	6	Moderadamente Equilibrada
5	64 60		5	49 46		5	
4	59 55	Separada	4	45 43	Estruturada	4	Meio-Termo
3	54 51		3	42 40		3	
2	50 35	Desmembrada	2	39 39	Rígida	2	Extrema
1	34 15		1	29 15		1	

Quadro III – Scores e Interpretação da Escala FACES II

Fonte: Fernandes (2013)

Concluindo a análise, a família E é “Moderadamente Equilibrada”, com o *score* final de 5 pontos para a filha B e a Mãe C.

Relativamente à Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, foi obtido um *score* de 10 pontos, na filha B e na Mãe C, o que representa uma “Família altamente funcional” (Anexo III).

## 2. PLANO DE CUIDADOS

Com a colheita de dados e entrevista com a família E foi possível compreender, em parceria com a mesma, as suas necessidades em saúde e desse modo elaborar um plano de cuidados. Decorrente da análise dos dados obtidos na interação com a família e face à complexidade, intersubjetividade e contextualidade das mesmas, os diagnósticos correspondem à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das necessidades ou problemas (Figueiredo,2020).

Realizando uma intervenção sistémica colaborativamente com a família E, procurou-se entender as suas verdadeiras necessidades ou problemas e realizar inferências a partir

dos contactos com a mesma. Assim, sendo uma família situada na quarta etapa do ciclo vital, segundo Duvall, “Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13anos)”, sentem necessidade de abordar temas sobre adolescência. Numa das entrevistas a família verbalizou que sentiam necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a sexualidade com a filha B, pois apesar de falaram com ela algumas vezes sobre o tema, mas realçam que necessitam de ajuda com o tema. Outros focos que são apresentados no plano de cuidados da família E são a adesão à vacinação, comportamento de procura de saúde, precaução de segurança, excesso de peso, hipertensão. Estes focos encontram-se presentes uma vez que são avaliados em todas as consultas de enfermagem à família na Unidade de Saúde Familiar, neste caso na consulta do programa de saúde de Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - Saúde Infantil.

A eficaz promoção da saúde só se concretiza com o suporte dos indivíduos e das instituições que fazem parte da vida do adolescente. A curiosidade e a aquisição gradual de autonomia da adolescência ocasionam oportunidades de promoção da saúde, que devem ser aproveitadas (Hockenberry & Wilson, 2014), daí a consulta de enfermagem do adolescente de 12/13 anos representar uma necessidade em saúde. A promoção da saúde centra-se no aumento dos fatores de proteção e não só em diminuir os fatores de risco. A capacidade de proteção individual a várias situações e a novas pessoas é um importante fator de proteção individual. O enfermeiro pode intervir no sentido de aumentar os fatores de proteção individual, promovendo a resiliência e diminuindo a vulnerabilidade no adolescente, através da capacitação do adolescente.

O plano de cuidados foi realizado com base na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e na autora Henriqueta Figueiredo (2020). De seguida apresenta-se então o plano de cuidados realizado colaborativamente com a família E, tendo sido considerado primordial as forças da Família, no sentido de que a mudança seja percecionada como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano de cuidados.

FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO
Animal Doméstico	Animal doméstico negligenciado: animal não vacinado e conhecimento não demonstrado sobre a vacinação do animal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre a vacinação do animal doméstico;</li> <li>- Orientar para serviços da comunidade (veterinário da camara municipal);</li> <li>- Motivar para a vacinação do animal doméstico;</li> <li>- Supervisionar vacinação do animal.</li> </ul>	<p>08/07/24</p> <p>Família E, refere ter um gato em casa, quando questionados sobre a vacinação do mesmo referem estar incompleta.</p> <p>Foram realizados ensinios sobre a vacinação dos animais.</p> <p>15/07/24</p> <p>Após os ensinios a Família foi vacinar o Gato Gaspar.</p> <p>Elogiado a atitude da Família.</p>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento para promover comportamentos de procura de saúde;</li> <li>- Avaliar potencial para melhorar conhecimento;</li> <li>- Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde;</li> <li>- Incentivar comportamentos de procura de saúde;</li> <li>- Orientar para o enfermeiro de família.</li> </ul>	<p>08/07/24</p> <p>A família tem capacidade para promover comportamentos de procura de saúde, incentivados em todos os contactos, de modo a maximizar a saúde individual e familiar. Promovida a comparência nas consultas médicas e de enfermagem bem como a ida aos serviços de saúde em caso de urgência/emergência.</p>
Comportamento de adesão	Comportamento de adesão demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar os pais para um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente;</li> <li>- Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente;</li> </ul>	<p>08/07/24</p> <p>Família E, menciona que dá liberdade à filha B, participando nas atividades de interesse. E está muita vez com os amigos.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar os pais para a importância de regras estruturadas;</li> <li>- Motivar os pais as consultas de vigilância do adolescente;</li> <li>- Informar os pais sobre a importância da interação do adolescente com o grupo de amigos;</li> <li>- Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente;</li> <li>- Promover a comunicação familiar;</li> <li>- Elogiar as forças da família e dos indivíduos.</li> </ul>	<p>Foram elogiados pelo comportamento e motivados a manter o padrão. E reforçados conhecimentos.</p> <p>15/07/2024</p> <p>A filha B, refere que sente os pais mais tranquilos, confiam nela. Apenas com o facto de a Enfermeira ter elogiado os pais pelo comportamento.</p>
Adesão à vacinação	Adesão à vacinação demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planear a vacinação;</li> <li>- Ensinar sobre a vacinação;</li> <li>- Potencial para melhorar o conhecimento sobre a vacinação.</li> </ul>	<p>08/07/24</p> <p>A Família E, têm o Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado. Foram informados das próximas datas de vacinação. E elogiados por cumprirem o PNV.</p>
Precaução de Segurança	Precaução de Segurança demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento da mãe a(ou) pai sobre cuidados com o sol;</li> <li>- Conhecimento da mãe a(ou) pai sobre prevenção de acidentes;</li> <li>- Conhecimentos sobre os cuidados com o sol;</li> <li>- Conhecimentos sobre prevenção de acidentes;</li> <li>- Ensinar a família sobre a prevenção de quedas;</li> </ul>	<p>08/07/24</p> <p>A família tem conhecimentos sobre os cuidados com o sol e prevenção de acidentes. Apenas houve necessidade de reforçar ensinamentos sobre os temas.</p>

		- Ensinar a família sobre prevenção de acidentes.	
Monitorizar Índice de Massa Corporal	Excesso de peso não comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar o Peso;</li> <li>- Monitorizar a Altura;</li> <li>- Ensinar sobre padrão alimentar;</li> <li>- Ensinar os pais sobre o padrão alimentar adequado à criança;</li> <li>- Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança;</li> <li>- Ensinar aos pais sobre o padrão de exercício adequado à criança.</li> </ul>	<p>08/07/24</p> <p>A filha B, não tem excesso de peso, Peso – 40kg; Altura – 157 cm e IMC – 16.2 KG/m<sup>2</sup></p> <p>A filha B tem o seu IMC normal, foram feitos ensinamentos, esclarecidas dúvidas da família, reforçados conhecimentos.</p>
Hipertensão	Hipertensão não comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar a Tensão Arterial;</li> <li>- Ensinar sobre padrão alimentar;</li> <li>- Ensinar aos pais sobre o padrão de exercício adequado à criança;</li> <li>- Ensinar os pais sobre o padrão alimentar adequado à criança;</li> <li>- Ensinar sobre vigilância de tensão arterial.</li> </ul>	<p>08/07/24</p> <p>Avaliado tensão arterial em consulta, TA – 120/63 mmHg.</p> <p>Perfil de tensão normotenso.</p>
Papel parental	Papel parental não adequado, conhecimento não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar material de leitura;</li> <li>- Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência;</li> <li>- Ensinar os pais sobre doenças sexualmente transmissíveis;</li> </ul>	<p>15/07/24</p> <p>Numa segunda consulta, a Mãe C, manifestou ter interesse em melhorar os conhecimentos sobre a sexualidade para conseguirem dar resposta às questões que a filha lhe</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar os pais sobre o preservativo masculino e o preservativo feminino;</li> <li>- Promover o envolvimento da família;</li> <li>- Otimizar a comunicação na família.</li> </ul>	<p>colocava. Refere que a filha se sente à vontade para falar. E nota que têm défice de conhecimento.</p> <p>- Facultado ao Pai J e Mãe C, material de leitura sobre sexualidade: Infecções sexualmente transmissíveis; Preservativo Masculino e Feminino (folhetos em ANEXO IV e V, do Grupo para o Estudo e Investigação das Doenças Sexualmente Transmissíveis).</p> <p>Numa próxima consulta será criado espaço para retirar dúvidas.</p>
--	--	--	---

Quadro IV – Plano de cuidados da Família E

Como todos os planos de cuidados, este também é um plano ajustável e poderá ser reformulado de acordo com as necessidades / problemas da Família E, não é estanque.

A avaliação de resultados permanece assim ao longo do decorrer do processo de cuidados, com a avaliação contínua do grau de eficácia do plano de cuidados na resolução dos problemas identificados, traduzida pela mudança das capacidades dos membros da família em usar a informação, desempenhar tarefas e assumir papéis familiares (Figueiredo, 2009).

## CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permitiu concretizar a avaliação de uma família de uma forma holística, mobilizando os conhecimentos da teoria para a prática clínica.

Conceber a família enquanto unidade de transformação, identificando-a como um sistema social que se auto-define e que recria funções específicas ao longo do seu desenvolvimento, permite ampliar o foco para uma visão mais apreciativa dos seus potenciais, integrando um entendimento sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida, que incorpora as respostas aos processos de vida vivenciados pela família, enquanto alvo de cuidados.

A realização da avaliação sistémica com as famílias, mais aprofundada e refletir sobre a importância das necessidades e forças de cada um dos membros da família. Na construção do plano de cuidados conjuntamente com a família, podemos capacitá-la para promover a saúde individual e familiar.

Os projetos de saúde da família constituem-se, desta forma, como alicerce dos cuidados.

A avaliação da família pelo MCAF e a realização do plano de cuidados da família mencionada permitiu pôr em prática modelos base da enfermagem, aplicados à família.

Os modelos são descritores e orientadores da prática, no entanto a sua operacionalização não deve ser rígida, permitindo antes a flexibilização e a adaptação aos vários níveis de atuação e às especificidades dos contextos.

A avaliação dos resultados em saúde é um processo contínuo e estes manifestam-se por mudanças do funcionamento familiar, algumas delas foram possíveis de observar nos contactos seguintes. Em futuros contactos com a família é importante continuar a recolher informações, para se atualizar o plano de cuidados da família consoante as suas necessidades/problemas, sempre de forma colaborativa com a família.

Com este trabalho foi possível adquirir novas ferramentas, aprofundar conhecimentos para realizar uma completa e enriquecida avaliação à Família, enquanto futura EEESF.

Como sugestão, o EC poderia ser maior relativamente a semanas e a carga horária para conseguirmos trabalhar mais famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernandes, J. (2013). Funcionamento Familiar e Comportamento Anti-social e Delinquente. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga. Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/262>
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto – Portugal. Acedido a 16 de jul. 2024. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2020). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Almargem do Bispo: Sabooks Editora
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Cadernos OE, Série I, Número 3, Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Prazeres, V. (1998) *Saúde dos adolescentes – princípios orientadores*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Trincão, V. (2009). Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte. Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa. Portugal
- Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ª ed.). Roca.

**ANEXOS**

**ANEXO I** – Escala de Readaptação Social de *Holmes* e *Rahe* de 1967, da Família E

### ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES & RAHE

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

Fonte: Trincão, 2009

**ANEXO II** - Escala de Faces II (versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes, 1995),  
da Família E

TABELA 37.7.1

## Formulário da Escala FACES II

	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
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 comum uns com os outros.					

Nota: 1 – Quase nunca; 2 – De vez em quando; 3 – Às vezes; 4 – Muitas vezes; 5 – Quase sempre.  
Adaptado de: Fernandes (1995).

**ANEXO III** - Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, da Família E

TABELA 37.6.1 Representação da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.	X		
Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas atividades ou modificar o estilo de vida.	X		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como, irritação, pesar e amor.	X		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		

Quase sempre: 2 pontos; Algumas vezes: 1 ponto; Quase nunca: 0 pontos  
 Score:  
 7-10: Família altamente funcional; 4-6: Família com moderada disfunção; 0-3: Família com disfunção acentuada.

Adaptado de: Smilkstein (1978).

Fonte: Figueiredo, 2023

**ANEXO IV** – Folheto: Infecções sexualmente transmissíveis, do Grupo para o Estudo e Investigação das Doenças Sexualmente Transmissíveis

## INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – IST

As IST passam das pessoas infetadas para os seus parceiros/as durante as relações sexuais. São provocadas por microrganismos - bactérias, vírus e parasitas.

Qualquer pessoa pode contrair uma IST se fizer sexo vaginal, anal ou oral com alguém que esteja infetado.

A transmissão é facilitada se não usar preservativo e tiver vários parceiros sexuais. As pessoas com um único parceiro sexual ao longo da vida poderão adquirir uma IST se esse parceiro tiver relações sexuais com outras pessoas e se infetar.

### Como se manifestam as IST?

Muitas vezes as IST não dão manifestação clínica durante meses ou anos. Nestes casos só através de análises específicas é possível saber quem está infetado.

Quando há sintomas, estes podem aparecer logo após o contacto sexual, ou levar semanas, meses ou anos a surgir. Por vezes os sintomas desaparecem mesmo sem qualquer tratamento, mas a infeção permanece no organismo.

Alguns sinais e sintomas:

- ♦ Corrimento anormal da vagina, pénis ou ânus
- ♦ Ardor ou dor ao urinar
- ♦ Feridas ou bolhas na área genital
- ♦ Comichão ou irritação na área genital
- ♦ Dor na parte inferior do abdómen ou durante o ato sexual

### As IST causam complicações?

Se não forem tratadas algumas IST podem provocar doenças ou complicações graves: doença inflamatória pélvica, epididimite, orquite, infertilidade, cancro do colo do útero, pénis ou ânus.

Nas grávidas, podem provocar aborto, parto prematuro ou passar para o feto e ocasionar malformações congénitas ou doença no recém-nascido.

### Quais as IST mais comuns?

- Clamidiose ou infeção por *Chlamydia trachomatis*
- Condilomas acuminados ou verrugas genitais
- Gonorreia, blenorragia ou infeção gonocócica
- Herpes genital
- Infeção HPV
- Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/Sida)
- Sífilis
- Tricomoníase ou infeção genital por *Trichomonas vaginalis*

Também são sexualmente transmissíveis as seguintes infeções e parasitoses:

- Hepatite B e Hepatite C
- Molusco contagioso
- Sarna ou escabiose
- Pediculose ou piolhos púbicos

### Como posso saber se tenho uma IST?

Procure o médico, faça as análises e os tratamentos que ele recomendar.

As IST provocadas por bactérias (clamidia, gonorreia, sífilis) e por parasitas (tricomoníase, sarna, pediculose) curam facilmente com tratamento adequado. Para as outras existem tratamentos que ajudam a controlar a infeção.

Se tiver uma IST deve informar os seus parceiros e/ou parceiras para que procurem uma consulta médica onde serão aconselhados e tratados.

### Como tornar o sexo mais seguro?

- ♦ Utilize preservativo sempre que tiver relações sexuais.
- ♦ Se tiver um novo parceiro sexual ambos devem fazer um Rastreio de IST.

**ANEXO V** - Preservativo Masculino e Feminino, do Grupo para o Estudo e Investigação das Doenças Sexualmente Transmissíveis

## PRESERVATIVO MASCULINO:

Existe com várias formas, cores, sabores, texturas e tamanhos, pelo que poderá escolher o mais adequado à prática sexual que vai ter. A maioria é feita de látex.

Sexo anal: use preservativos “extra-fortes” e um lubrificante de base aquosa.

Sexo oral: escolha preservativos mais finos, com sabores e sem lubrificantes.

### Colocação:

- ◆ Verifique qual a direção em que desenrola.
- ◆ Segure a ponta do preservativo entre dois dedos, para expelir o ar do reservatório onde deverá ficar o esperma.
- ◆ Coloque-o na ponta do pénis em ereção e desenrole-o.
- ◆ Após a ejaculação, retire o pénis, segurando o anel de modo a evitar a saída de esperma. Dê um nó e deite no lixo.

Se não conseguir uma colocação correta, repita com um novo.

### Que fazer se o preservativo romper?

Remova-o imediatamente.

Consulte o seu médico, porque pode ter adquirido uma IST.

As mulheres que não fazem contraceção segura podem tomar “a pílula do dia seguinte”.

## PRESERVATIVO FEMININO:

Tem a forma de um tubo fechado num dos lados, com um anel flexível na extremidade fechada e outro, maior, no lado aberto. Pode ser de silicone ou poliuretano.

### Colocação

- ◆ Aperte o anel flexível entre os dedos polegar e médio e introduza na vagina.
- ◆ Empurre para o fundo de forma a extremidade fechada do preservativo cobrir o colo do útero.
- ◆ O anel da extremidade aberta fica para fora da vagina.
- ◆ Durante a relação introduza o pénis no preservativo feminino, que deve cobrir a vulva, a vagina e o colo do útero.
- ◆ No final aperte e torça o anel externo, para manter o sêmen dentro do preservativo. Retire com cuidado e deite no lixo.

Pode ser colocado até 8 horas antes da relação sexual.

## PRESERVATIVOS

Utilize-os quando faz sexo vaginal, oral ou anal.

- ◆ Verifique o prazo de validade.
- ◆ Use um novo preservativo em cada novo contacto sexual.
- ◆ Não os guarde em local quente ou expostos ao sol.
- ◆ Não abra a embalagem com as unhas ou objetos cortantes.
- ◆ Não coloque dois preservativos ao mesmo tempo.
- ◆ Utilize lubrificantes de base aquosa.
- ◆ Tenha sempre preservativos disponíveis.

## **APÊNDICE 2 - “Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde – UCSP”**

# MANUAL DE ACOLHIMENTO

Para Profissionais de Saúde

UCSP 

**2024**

Elaborado por Mestrandas em Enfermagem Comunitária – Área de  
Enfermagem de Saúde Familiar (2024)

# MANUAL DE ACOLHIMENTO

Para Profissionais de Saúde

UCSP 

**2024**

Elaborado por Mestrandas em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem  
de Saúde Familiar:

Cláudia Maria Lopes da Silva, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rita Menino Silva, Escola Superior de Saúde de Leiria

Sofia Alexandra Marques Soeiro, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

UCSP [REDACTED]

ULS Médio Tejo

Telefone: 241330360

Rua D. Afonso Henriques [REDACTED]

2 [REDACTED]

[ucsp\[REDACTED\]@ulsmat.min-saude.pt](mailto:ucsp[REDACTED]@ulsmat.min-saude.pt)

Coordenação

[REDACTED] (Médico)

[rita.soares@ulsmat.min-saude.pt](mailto:rita.soares@ulsmat.min-saude.pt)

Conselho Técnico

[REDACTED]

Enf.<sup>a</sup> [REDACTED]

[REDACTED]

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

MGF - Medicina Geral e Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSMT - Unidade Local de Saúde do Médio Tejo

## ÍNDICE

### LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

1-INTRODUÇÃO .....	6
2-OBJETIVO E METODOLOGIA .....	6
3- APRESENTAÇÃO DA ULS MÉDIO TEJO E UCSP DE [REDACTED] .....	7
3.1- MISSÃO, VISÃO E VALORES DA ULS MÉDIO TEJO .....	7
3.2- ORGANOGRAMA DA UCSP [REDACTED] .....	8
3.3- PROFISSIONAIS DA EQUIPA.....	9
3.4- CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE .....	11
3.4.1 POPULAÇÃO INSCRITA.....	11
3.5- DADOS ADMINISTRATIVOS E DE GESTÃO DA UCSP .....	12
3.6- BOAS PRÁTICAS NA RELAÇÃO COM OS UTENTES DA UCSP [REDACTED] .....	15
3.7. A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE FAMILIAR.....	15
4 – CARTA DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	16
5 – COMUNICAÇÃO COM OS CIDADÃOS .....	17
6- UNIDADE FORMATIVA .....	18
7 - CONTACTOS DA UCSP [REDACTED] E POLOS .....	18
8-- ANEXOS.....	20
ANEXO A - Fluxograma de Receção ao novo elemento	
ANEXO B - Compromisso de confidencialidade do Profissional	

## 1-INTRODUÇÃO

Seja muito bem-vindo à nossa equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de [REDACTED]!

É com grande satisfação que o recebemos na nossa equipa estando muito entusiasmados com as contribuições que certamente trará para a nossa missão de oferecer cuidados de qualidade à comunidade.

Nesta fase de integração, queremos que se sinta acolhido e apoiado em cada passo. Sabemos que o momento de entrada de um novo elemento numa instituição é de extrema importância, concebemos então, o Manual de Acolhimento que surge como instrumento facilitador no processo de integração e acolhimento, tendo sido elaborado com o intuito de tornar a sua integração e adaptação o mais simples e agradável possível.

Conte com a nossa equipa para o que precisar – estamos aqui para partilhar conhecimentos, colaborar e fazer com que cada novo membro se sinta parte desta jornada de cuidado e dedicação. Juntos, somos mais fortes!

Queremos ainda desejar-lhe o maior sucesso da sua atividade na UCSP de [REDACTED]

## 2-OBJETIVO E METODOLOGIA

O objetivo do manual de acolhimento é facilitar a integração de novos profissionais na UCSP de [REDACTED], proporcionando-lhes uma visão clara sobre a missão, os valores, a estrutura e os procedimentos internos da instituição. Este guia serve para familiarizar os novos profissionais com a estrutura organizacional e o funcionamento da UCSP nas diferentes áreas de atuação, ajudando a se adaptarem de forma mais rápida e eficaz na instituição.

Além disso, o manual de acolhimento é uma ferramenta essencial para alinhar expectativas e garantir que todos os colaboradores compreendam as normas e os procedimentos da instituição. Promove um sentimento de pertença e acolhimento, incentivando a colaboração e reforçando o compromisso com os objetivos e a missão da UCSP de [REDACTED].

### 3- APRESENTAÇÃO DA ULS MÉDIO TEJO E UCSP DE

#### 3.1- MISSÃO, VISÃO E VALORES DA ULS MÉDIO TEJO

A Unidade Local de Saúde do Médio Tejo (ULSMT) iniciou atividade a 1 de janeiro de 2024. A criação da instituição inseriu-se no âmbito de uma reestruturação do modelo organizativo de prestação de cuidados no âmbito do SNS, visando o aumento e melhores cuidados e uma relação mais próxima com a comunidade. É formada pelo Hospital Dr. Manoel Constâncio – Abrantes, Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar, Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas e por 35 Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A ULSMT tem uma abrangência populacional de cerca de 170.000 utentes dos concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha e Vila de Rei.

Tem como **Missão** a prestação de CSP, hospitalares, paliativos e de convalescença, integrados, preventivos, personalizados, humanizados, de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital. Desta forma, permite a criação de um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos utentes, assegurando atividades de investigação, formação contínua e ensino, retendo e valorizando profissionais com elevados níveis de competências e qualificações. Assegura ainda, as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

A **Visão** da ULSMT é ser reconhecida como uma organização de excelência e de referência na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados de saúde integrados, centrados na pessoa, na família e na comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida dos cidadãos.

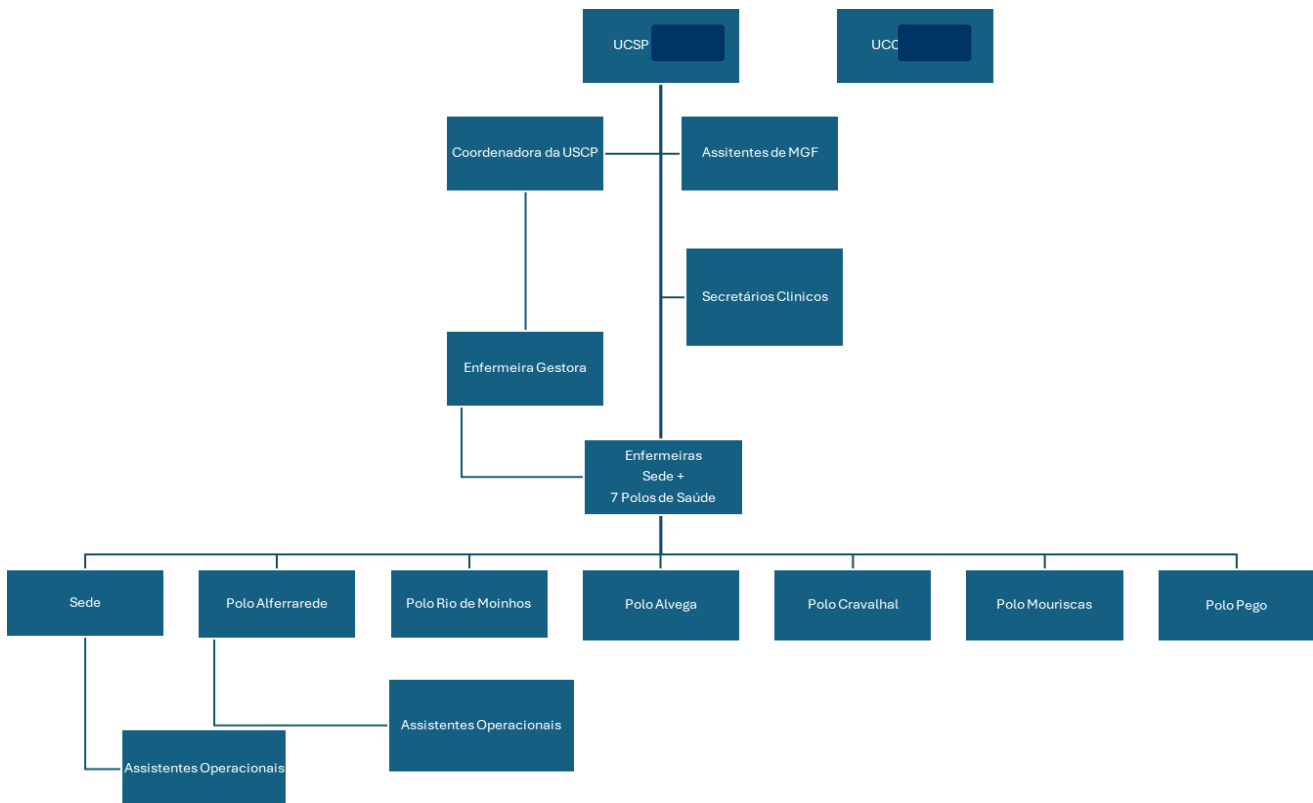
A ULSMT rege-se por **Valores** que permitem alcançar essa visão, nomeadamente: a qualidade e segurança são garantidas ao assegurar a excelência dos serviços prestados aos utentes, assentes nas melhores e mais seguras práticas e competências, científicas e técnicas; A integração e complementaridade são promovidas para salvaguardar o funcionamento da resposta aos utentes de forma articulada e em rede, garantindo-se a

equidade e acessibilidade no acesso aos cuidados de saúde, prestando cuidados de saúde de proximidade; A ética e integridade norteiam as práticas clínicas e a tomada de decisões individuais e institucionais, pelos mais elevados padrões deontológicos e de conduta moral.

A humanização está no cerne de todas as ações da ULSMT, priorizando uma orientação clara para o utente e o seu bem-estar, respondendo às suas necessidades de acordo com as melhores práticas disponíveis, e no respeito incondicional pela sua dignidade intrínseca.

A Unidade Funcional (UF) de modelo UCSP iniciou a sua atividade em 2007 e pertence geograficamente à Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo. O município, onde está localizada, pertence à sub-região do Médio Tejo, na região centro, é constituído por 13 freguesias, com uma área geográfica aproximadamente de 715km<sup>2</sup> e 34329 habitantes. A densidade demográfica é de 48 habitantes/km<sup>2</sup>, verificando-se um decréscimo relativamente aos censos de 2011.

### 3.2- ORGANOGRAMA DA UCSP



### 3.3- PROFISSIONAIS DA EQUIPA

A equipa multiprofissional da UCSP de [REDACTED] coordenada pela Dr.ª Rita Soares, é constituída por cinco médicos, quatorze enfermeiros, dez secretários clínicos, oito assistentes operacionais, apresentados no quadro 1. A equipa tem uma composição multiprofissional, integrando atividades de medicina geral e familiar, de enfermagem e administrativas, cuja dimensão dará resposta à população inscrita, de acordo com o disposto no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

A UCSP de [REDACTED] tem como colaboradores esporádicos alunos e internos de formação específica de MGF e alunos de enfermagem.

Todos os utentes inscritos na UCSP têm um enfermeiro de família atribuído, o que não se verifica com a atribuição de médico de família devido à falta de recursos humanos para tal, mas é garantido mesmo nesta ausência o atendimento será feito por outro elemento de medicina geral e familiar.

Grupo Profissional	Nome	Local de Trabalho
Coordenadora / Assistente MGF	[REDACTED]	Sede - [REDACTED]
Assistente MGF	[REDACTED]	Polo- [REDACTED]
Assistente MGF	[REDACTED]	Polo- [REDACTED]
Médico	[REDACTED]	Polo- [REDACTED]
Médico	[REDACTED]	Polos- [REDACTED]
Enfermeira Gestora	[REDACTED] es	UCSP [REDACTED]
Enfermeira Especialista ECAESF	[REDACTED]	Sede - [REDACTED]
Enfermeira	[REDACTED]	[REDACTED]
Enfermeiro Especialista EC	[REDACTED]	Polo- [REDACTED]
Enfermeira	[REDACTED]	[REDACTED]
Enfermeira	[REDACTED] o	[REDACTED]
Enfermeira	[REDACTED]	[REDACTED]
Enfermeiro	[REDACTED]	[REDACTED]

Enfermeira Especialista EC		Polo-
Enfermeira		Polo-
Enfermeira		Polo-
Enfermeira		Polo-
Enfermeira		Polo-
Secretárias Clínicas		Sede -
Secretários Clínicas		Polo
Secretária Clínica		Polo
Secretária Clínica		Polo
Secretária Clínica		Polo
Secretário Clínico		Polo
Assistentes Operacionais		Sede - e
Assistentes Operacionais		Polo -

Quadro 1 – Equipa Multiprofissional UCSP 2024

### 3.4- CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

#### 3.4.1 POPULAÇÃO INSCRITA

A 6 de novembro de 2024, a UCSP de [REDACTED] tinha 16672 utentes inscritos, correspondentes a 23.394,50 unidades ponderadas. A pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP está representada na figura 2.



Figura 2 – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos UCSP de [REDACTED] (Fonte:BI\_CSP, 06,11,2024)

A UCSP de [REDACTED] é composta por 7 Polos de Saúde, correspondentes a freguesias que integram o concelho de [REDACTED], nomeadamente: [REDACTED] M [REDACTED], e pela sede localizada em [REDACTED]





Figura 3 – Braço das Freguesias da Área de Abrangência da UCSP de [REDACTED]

### 3.5- DADOS ADMINISTRATIVOS E DE GESTÃO DA UCSP

Os horários dos Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos encontram-se devidamente definidos e afixados no hall de entrada de cada unidade de saúde. No mesmo local, estão também disponíveis informações detalhadas sobre as consultas programadas nas diversas áreas de atuação, consultas para situações agudas, consultas de recurso e consultas domiciliárias. Adicionalmente, existe um horário específico para contactos não presenciais, incluindo a emissão de receituário, consultas não presenciais, avaliação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e consultas telefónicas.

O horário de funcionamento praticado pela UCSP distribui-se na Sede e nos 7 Polos de Saúde da seguinte forma:

- [REDACTED] 8h:00 às 18h:00 de segunda a sexta-feira, encerrado aos sábados, domingos e feriados;
- [REDACTED] 8h:30 às 16h:30 de segunda a sexta-feira, encerrado aos sábados, domingos e feriados;
- [REDACTED] 13h:30 às 16h de segunda a sexta-feira, encerrado aos sábados, domingos e feriados;
- [REDACTED] 8h:30 às 17h:30 à quarta-feira e 8h:30 às 16h:30 restantes dias da semana, encerrado aos sábados, domingos e feriados;

- [REDACTED]: 9h:00 às 13h:00 e das 13h:30 às 16h:00 à quarta-feira e 9h: 00 às 13h:30 e das 14h:00 às 17h:30 restantes dias da semana, encerrado aos sábados, domingos e feriados;
- [REDACTED]: 8h:00 às 12h:30 e das 13h:30 às 18h:30 à segunda-feira e encerrado nos restantes dias da semana;
- [REDACTED] 9h:00 às 12h:30 e das 13h:00 às 16h:00 à segunda e quarta-feira, 8h:00 às 12h:30 e das 13h:00 às 17h:30 à quinta-feira, 8h:00 às 12h:30 e das 13h:00 às 16h:00 à sexta-feira, encerrado restantes dias da semana;
- [REDACTED]: 8h:00 às 18h de segunda a sexta-feira, encerrado aos sábados, domingos e feriados.

Durante o período integral de atendimento na UCSP (Sede e Polos), é assegurada a acessibilidade e a continuidade dos cuidados de saúde. Aos sábados, domingos e feriados, o atendimento ocorre no horário das 9 horas às 13 horas, no polo de Alferrarede, sendo garantido de forma rotativa pelos enfermeiros e assistentes operacionais da unidade de saúde. Esse horário em particular destina-se a assegurar a continuidade dos cuidados dos tratamentos em regime de ambulatório. Dando apoio também aos utentes da USF [REDACTED], USF [REDACTED], UCSP [REDACTED], UCSP [REDACTED] e UCSP [REDACTED]. Durante o período de encerramento da UCSP os utentes têm como alternativas assistenciais:

- Serviços de Urgência do CHMT, nomeadamente as Unidades Hospitalares de Abrantes, Tomar e Torres Novas;
- Em situações de carácter agudo, os utentes podem igualmente contactar a Linha Saúde 24 para obtenção de uma orientação adequada quanto às medidas a adotar ou ao local mais apropriado para se dirigirem. Em casos de emergência médica, deverá ser contactado o número 112.

Cada situação será tratada de acordo com as suas particularidades, considerando as seguintes dimensões:

- **Acessibilidade Organizada:** atendimento estruturado para situações agudas, com consultas diárias e personalizadas para utentes em situação de doença

aguda que solicitem consulta no próprio dia, conforme a disponibilidade existente;

- **Personalização:** gestão de ficheiros personalizados por equipa nuclear (enfermeiro/médico), com implementação de um sistema de intersubstituição para assegurar a continuidade nos cuidados prestados;
- **Continuidade:** oferta de consultas diárias para situações agudas, conforme disponibilidade, (sem necessidade de marcação prévia) e consultas programadas (pré-agendadas) para acompanhamento de grupos de risco e populações vulneráveis, incluindo Hipertensos, Diabéticos, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde do Idoso, entre outros;
- **Atendimento Telefónico:** serviço personalizado de apoio telefónico, disponibilizado com suporte de profissionais de enfermagem e médicos.

A **carteira básica de serviços** da UCSP abrange a implementação dos seguintes programas, entre outros:

- Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Programa de Planeamento Familiar;
- Programa de Saúde Materna;
- Programa de Rastreios Oncológicos (cancro colorretal e cancro cólo útero);
- Programa da Diabetes;
- Programa da Hipertensão;
- Programa de Saúde do Adulto e do Idoso;
- Programa de Visitação Domiciliária;
- Programa Nacional de Vacinação;
- Programa de Saúde Familiar;
- (...)

### 3.6- BOAS PRÁTICAS NA RELAÇÃO COM OS UTENTES DA USCP

Na unidade de saúde, as práticas de atendimento humanizado e eficaz são promovidas para fortalecer a relação de confiança com os utentes. Para isso, existe uma caixa de sugestões à entrada permitindo que, de forma anónima, os utentes contribuam com ideias de melhoria, reforçando a ideia de que a unidade é um espaço também deles, permitindo aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Todos os profissionais utilizam indumentária específica com nome e identificação do seu grupo profissional, facilitando a perceção e a comunicação. Além disso, uma política de comunicação ativa foi desenvolvida para divulgar serviços e fornecer informações essenciais, promovendo o bem-estar e a segurança dos utentes. Escuta ativa, clareza na comunicação e respeito pela privacidade garantem um ambiente inclusivo e de confiança, onde os utentes se sentem acolhidos e respeitados.

### 3.7. A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE FAMILIAR

À medida que se inicia a prática clínica numa UCSP / USF, é fundamental considerar a importância da saúde familiar como um dos pilares essenciais dos cuidados de saúde primários. A saúde familiar não se limita ao tratamento de indivíduos isolados, mas envolve uma abordagem holística que integra o bem-estar físico, psicológico e social dos utentes, dentro do contexto das suas relações familiares e comunitárias.

A Medicina Geral e Familiar e a Enfermagem familiar são centradas numa visão que considera o indivíduo como parte de um sistema mais amplo, em que as dinâmicas familiares influenciam e são influenciadas pela saúde de cada membro. Esta perspetiva permite:

1. Uma compreensão mais aprofundada dos determinantes de saúde, que vão além dos fatores biológicos e incluem determinantes psicossociais e culturais.
2. A identificação precoce de fatores de risco e de proteção, tanto individuais quanto familiares, o que contribui para a prevenção e gestão eficaz de doenças crónicas e para a promoção da saúde e do bem-estar.
3. Uma intervenção mais personalizada e integrada, promovendo uma aliança terapêutica com o utente e a sua família, que tem demonstrado ser crucial para a adesão aos tratamentos e para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Neste contexto, é crucial que cada um de nós, enquanto profissionais de saúde, desenvolva competências de comunicação e escuta ativa, além de sensibilidade para abordar questões familiares que possam impactar a saúde dos utentes. A compreensão do papel da família na saúde de cada utente permite-nos intervir de forma mais efetiva e abrangente, promovendo não apenas a recuperação, mas também a resiliência e a qualidade de vida.

Manter uma abordagem colaborativa e interdisciplinar, integrando o contributo de diferentes profissionais de saúde e fortalecendo o papel das equipas multidisciplinares na prestação de cuidados centrados no utente e na família. Esta prática não só enriquece a vossa experiência profissional, como também contribui significativamente para a sustentabilidade e qualidade dos cuidados de saúde na comunidade.

#### 4 – CARTA DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A Carta de Ética da Administração Pública é um documento que define os princípios, valores e condutas pelos quais os profissionais públicos se regem no exercício das suas funções. Que engloba os seguintes princípios éticos:

- Princípio do serviço público: os funcionários encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo.
- Princípio da legalidade: os funcionários atuam em conformidade com os princípios constitucionais e de acordo com a lei e o direito.
- Princípio da justiça e imparcialidade: os funcionários, no exercício da sua atividade, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, atuando segundo rigorosos princípios de neutralidade.
- Princípio da igualdade: os funcionários não podem beneficiar ou prejudicar qualquer cidadão em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, situação económica ou condição social.
- Princípio da proporcionalidade: os funcionários, no exercício da sua atividade, só podem exigir aos cidadãos o indispensável à realização da atividade administrativa.

- Princípio da colaboração e boa fé: os funcionários, no exercício da sua atividade, devem colaborar com os cidadãos, segundo o princípio da Boa Fé, tendo em vista a realização do interesse da comunidade e fomentar a sua participação na realização da atividade administrativa.
- Princípio da informação e qualidade: os funcionários devem prestar informações e/ou esclarecimentos de forma clara, simples, cortês e rápida.
- Princípio da lealdade: os funcionários, no exercício da sua atividade, devem agir de forma leal, solidária e cooperante.
- Princípio da integridade: os funcionários regem-se segundo critérios de honestidade pessoal e de integridade de carácter.
- Princípio da competência e responsabilidade: os funcionários agem de forma responsável e competente, dedicada e crítica, empenhando-se na valorização profissional.

(Disponível para consulta, link: <https://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=9BB1D4D0-0607-4588-BCAD-894DBC499AFF&MEN=i> )

A UCSP de [REDACTED], ao mesmo tempo que nutre dos valores éticos aplicáveis à função pública, e que foram mencionados anteriormente, comunga também dos princípios deontológicos do estatuto profissional dos médicos e dos enfermeiros. Deste modo, todos os colaboradores encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo. Todos os profissionais assumem, por escrito, o compromisso com o respeito pela confidencialidade de dados de utentes da UCSP (anexo B).

## 5 – COMUNICAÇÃO COM OS CIDADÃOS

A comunicação entre a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e os cidadãos é assegurada por diversos meios, de modo a facilitar o acesso dos utentes aos serviços. O contacto pode ser estabelecido presencialmente através do secretariado clínico, por telefone, pelo portal do cidadão ou por correio eletrónico, e a UCSP de [REDACTED] garante atendimento telefónico durante todo o seu horário de funcionamento. Além disso, a divulgação de informações aos utentes ocorre por meio

de placares e ecrã informativo na própria unidade. Nesses locais, é possível encontrar informações atualizadas sobre o funcionamento da UCSP, incluindo horários de atividades, sistemas de marcação de consultas e contactos. Também estão expostos os direitos e deveres dos cidadãos, com indicação da existência do livro de reclamações e da caixa para sugestões e reclamações, bem como material informativo sobre saúde. Folhetos com informações relevantes estão disponibilizados em locais visíveis, como a é o caso dos gabinetes clínicos. A responsabilidade pela atualização dos contactos pessoais cabe aos próprios utentes, sendo que as políticas de comunicação, incluindo o tratamento de sugestões e reclamações, estão formalizadas no manual de procedimentos e no Manual de Articulação com a Unidade Local de Saúde (ULS).

#### 6- UNIDADE FORMATIVA

A UCSP de [REDACTED], em colaboração com a ULS do Médio Tejo, participa ativamente na formação pré-graduada e pós-graduada de profissionais nas áreas de Medicina e Enfermagem, incluindo a orientação de internatos médicos em Medicina Geral e Familiar (MGF) e outras especialidades, de acordo com os termos e condições previamente acordados. Reconhecendo a importância da formação de futuros profissionais de saúde, a unidade acolhe regularmente internos do Ano Comum e alunos de Medicina. A equipa de Enfermagem, por sua vez, orienta de forma contínua estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, bem como alunos de cursos de mestrado.

#### 7 - CONTACTOS DA UCSP [REDACTED] E POLOS

**UCSP [REDACTED]:**

**Telefone:** 241330360

**Morada:** Rua D. Afonso Henriques, nº [REDACTED]

**Email:** [ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

**UCSP [REDACTED] - Polo [REDACTED]**

**Telefone:** 241361557

**Morada:** Rua de Diu, 2 [REDACTED]

**Email:** [ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

**UCSP A [REDACTED] - Polo [REDACTED]**

**Telefone:** 241871199

**Morada:** Rua Professor Ferreira, [REDACTED]

**Email:** [ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

**UCSP [REDACTED] - Polo [REDACTED]**

**Telefone:** 241881173

**Morada:** Rua Fernando Ferreira, [REDACTED]

**Email:** [ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

**UCSP [REDACTED] - Polo [REDACTED]**

**Telefone:** 241822177

**Morada:** Rua Avelar Machado, [REDACTED]

**Email:** [ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

**UCSP [REDACTED] - Polo [REDACTED]**

**Telefone:** 241866268

**Morada:** Urbanização Vale das Donas, [REDACTED]

**Email:** [ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

**UCSP [REDACTED] - Polo [REDACTED]**

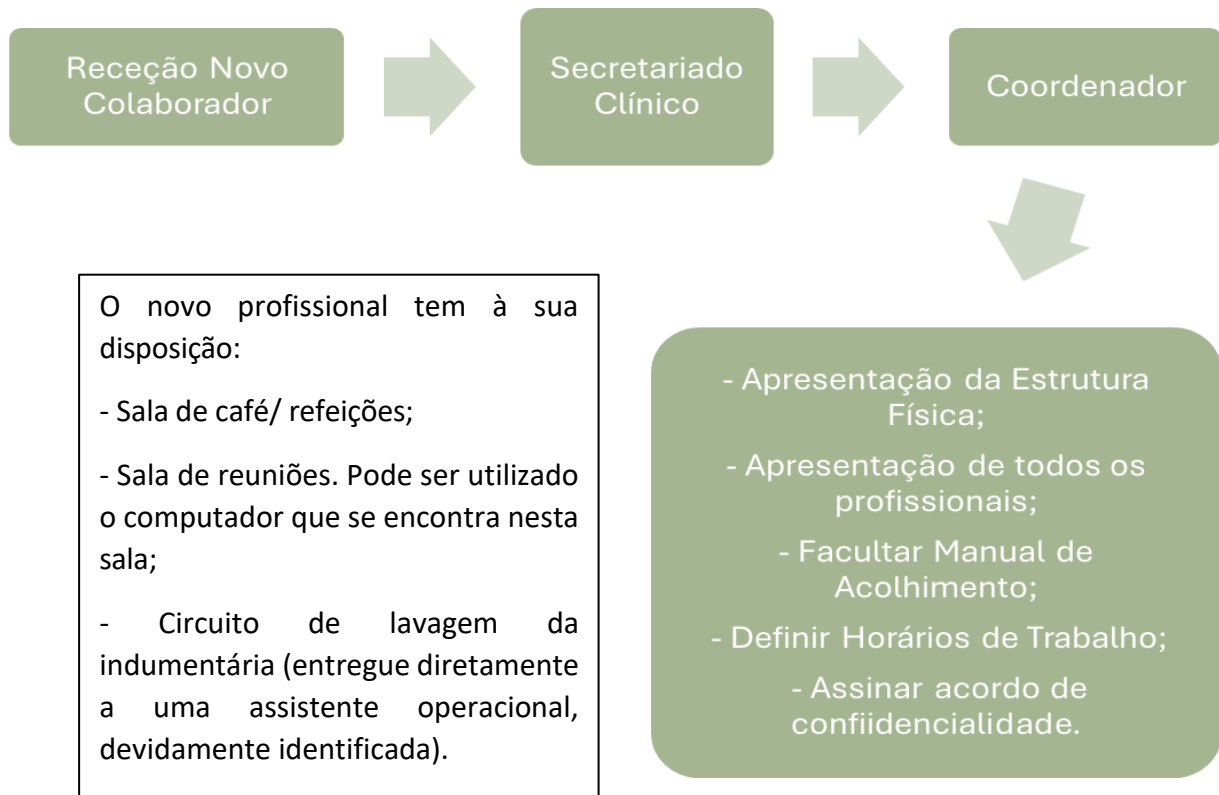
**Telefone:** 241841231

**Morada:** Rua da Junta de Freguesia [REDACTED]

**Email:** [ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

8-- ANEXOS

ANEXO A - Fluxograma de Recepção ao novo elemento



### **Compromisso de Confidencialidade do Profissional**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) e comprometo-me com a adesão e respeito pela confidencialidade e Proteção de dados e asseguro no decurso da minha atividade os seguintes procedimentos:

- Não comunicar nem divulgar qualquer chave pessoal de acesso ao Sistema Informático de Registo Clínico;

- Não incluir nenhum dado de caráter pessoal ou identificativo dos utentes em nenhum estudo ou trabalho sem que tenha autorização para tal;

- Toda a informação sobre os pacientes deve ser destruída em triturador de papel.

UCSP de ████████ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **APÊNDICE 3 - “Processo Assistencial Integrado, EF: Programa de Rastreio Oncológico”**

# PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO

## Enfermeiro de Família: Programa de Rastreio Oncológico

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de 

Unidade Local de Saúde Médio Tejo

Dezembro 2024

# PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO

Enfermeiro de Família:

Programa de Rastreio Oncológico

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de 

Unidade Local de Saúde Médio Tejo

Elaborado por:

Rita Menino Silva

Mestranda do 7º Mestrado de Enfermagem Comunitária  
área de Enfermagem de Saúde Familiar

Escola Superior de Saúde de Leiria

**UCSP** [REDACTED]

**ULS Médio Tejo**

**Telefone: 241330360**

**Rua D. Afonso Henriques, [REDACTED]**

**22 [REDACTED]**

[ucsp.\[REDACTED\]@ulsmt.min-saude.pt](mailto:ucsp.[REDACTED]@ulsmt.min-saude.pt)

**Coordenação**

Rita Santos Lucas Rodrigues Soares (Médico)

[rita.soares@ulsmt.min-saude.pt](mailto:rita.soares@ulsmt.min-saude.pt)

## PROGRAMA DE VIGILÂNCIA RASTREIO ONCOLÓGICO

<b>EXECUTANTES</b>	Médicos, Enfermeiras, Secretários clínicos
<b>OBJECTIVO</b>	O rastreio do cancro tem como objetivo reduzir a mortalidade por cancro, através do diagnóstico e tratamento precoce da doença ou de lesões precursoras.
<b>LOCAL DE APLICAÇÃO</b>	Consultas de enfermagem e consultas médicas no âmbito do Rastreio Oncológico
<b>POPULAÇÃO – ALVO</b>	População inscrita na USCSP com as seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"><li>- Mulheres com idades [50; 69] anos;</li><li>- Mulheres com idades [25; 65] anos;</li><li>- Utentes com idades [50; 74].</li></ul>
<b>INICIO</b>	Janeiro 2025
<b>AVALIAÇÃO</b>	Anual
<b>INDICADORES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Proporção de mulheres com idades [50; 69] anos, com rastreio do cancro da mama</li><li>- Proporção de mulheres com idades [25; 60]anos, com rastreio do cancro do colo do útero</li><li>- Proporção de utentes com idades [50; 75]anos, com rastreio de cancro do cólon e reto</li></ul>
<b>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Plano Nacional de Saúde 2030</li><li>- Plano Nacional de Saúde 2021-2030</li><li>- Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030</li><li>- Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero de 2012</li><li>- Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020</li></ul>

**REVISÃO**

- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2020
- Recomendações Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF)

Anual

# ÍNDICE

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>3. RASTREIOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Rastreio do Cancro da Mama.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Rastreio do Cancro do Colo do Útero .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3 Rastreio do Cancro do Cólon e Reto .....</b>	<b>13</b>
<b>4. DESCRIÇÃO GERAL .....</b>	<b>14</b>
<b>5. COMPONENTES: PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ACTIVIDADES E CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE .....</b>	<b>17</b>
<b>6. DINÂMICA DA INTEGRAÇÃO DA CONSULTA .....</b>	<b>20</b>
<b>7. AVALIAÇÃO DO RISCO.....</b>	<b>21</b>
<b>8. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA .....</b>	<b>22</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>24</b>
<b>Anexo 1 – Registos Sclínico - Consulta Do Enfermeiro De Família</b>	
<b>Anexo 2 -Recomendações Do Núcleo De Actividades Preventivas Da Apmgf – Cancro Da Mama</b>	
<b>Anexo 3 - Recomendações Do Núcleo De Actividades Preventivas Da Apmgf – Cancro Do Colo Do Útero</b>	
<b>ANEXO 4 - Recomendações Do Núcleo De Actividades Preventivas Da Apmgf – Cancro Cólon Rectal</b>	

## 1. APRESENTAÇÃO

O Processo Assistencial Integrado (PAI) foi elaborado de acordo com as orientações do Plano Nacional de Saúde 2030 e da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030. As doenças oncológicas são atualmente causa significativa de morbidade e mortalidade, com um peso crescente na nossa sociedade e para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em Portugal, o cancro constitui a segunda causa de morte depois das doenças cérebro cardiovasculares, apesar de quer a incidência quer a mortalidade associada a doenças oncológicas em Portugal ser hoje inferior à média europeia, atestando a qualidade dos cuidados hoje prestados.

No Programa do XXIII Governo Constitucional, assume-se o compromisso de um SNS mais justo e inclusivo que responda melhor às necessidades da população, tendo como uma das prioridades, a disponibilização a toda a população elegível de medidas de prevenção da doença, diagnóstico e tratamento precoces dos rastreios oncológicos de base populacional, sendo uma importante ferramenta para reduzir a morbidade e mortalidade associadas (Despacho nº 13227/2023– Diário da República, 2ª série – Nº 248 – 27 de dezembro de 2023).

Desta forma, as Orientações programáticas do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção Geral de Saúde (DGS, 2020), são definidas como visão: diminuir os cancros evitáveis e os diagnósticos tardios através da prevenção e diagnóstico precoce e atenuar o impacto do cancro nos doentes e familiares. E têm como missão: promover a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas garantindo a equidade e a acessibilidade dos cidadãos. E definiu as seguintes metas: expandir a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar as taxas de cobertura populacional até 2020: rastreio do cancro da mama 90%, rastreio do cancro do colo do útero 75% e rastreio do cancro do colon e reto 50%; reduzir percentagem de cirurgias oncológicas que ultrapassa o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) para menos de 10% até 2020; promover a integração de cuidados entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares em três patologias oncológicas; garantir que 75% das patologias do reto, pâncreas e testículo são tratados em centro de referência.

O objetivo geral deste trabalho é estabelecer linhas orientadoras para uma melhor prestação de cuidados na consulta. Como objetivos específicos pretende-se: Uniformizar procedimentos; assegurar a qualidade dos cuidados, como contributo para a garantia da qualidade total e satisfazer as necessidades dos utentes/família pelo menor custo dentro dos princípios científicos.

## 2. INTRODUÇÃO

A política de deteção precoce é alavancada pelo Programa Nacional de Rastreio Oncológico. O rastreio do cancro tem como objetivo reduzir a mortalidade por cancro, através do diagnóstico e tratamento precoce da doença ou de lesões precursoras. A evidência científica atual é consensual sobre a utilidade dos programas de rastreio do cancro para três patologias: o cancro da mama, o cancro do colo do útero e o cancro do cólon e reto. Para estas patologias tem sido possível demonstrar que a implementação do rastreio proporciona uma redução das taxas de mortalidade na ordem dos 30 %, 80 % e 20 %, respetivamente (Diário da República, 2023).

A publicação das novas Recomendações do Conselho Europeu sobre rastreio oncológico reforça a importância do rastreio do cancro da mama, do cólon e reto, do colo do útero. Estima-se que o cancro hereditário represente cerca de 5 % dos casos de cancro em Portugal. Estes indivíduos têm um risco de cancro superior ao risco médio da população portuguesa, contudo estão excluídos dos programas de rastreio de base populacional. A gestão do diagnóstico oncológico precoce desta população é usualmente efetuada a nível hospitalar, de acordo com as melhores práticas institucionais (Diário da República, 2023).

O Plano Europeu de Luta contra o Cancro (EBCP) procurará garantir que 90 % da população da UE com indicação para rastreios do cancro da mama, do colo do útero e do cólon ou reto, seja submetida a essas mesmas estratégias de deteção precoce. Portugal dispõe de 3 programas nacionais de rastreio oncológico de base populacional, em diferentes fases de implementação: no cancro da mama, no cancro do colo do útero e no cancro do cólon e reto (Diário da República, 2023).

Apresenta como objetivo alcançar uma proporção de cobertura geográfica (por Unidade Funcional de cuidados de saúde primários) de 100 %, para os Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto até 2030. Alcançar uma proporção de cobertura populacional superior a 95 % nos Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto até 2030 e alcançar uma proporção de adesão superior a 65 % aos Programas de rastreio do cancro da

mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto até 2030, de entre os utentes elegíveis (Diário da República, 2023).

Segundo Diário da República (2017), o programa de rastreio do cancro do colo do útero destina-se à população do sexo feminino com idade igual ou superior a 25 anos e igual ou inferior a 60 anos. E o programa de rastreio do cancro do cólon e reto destina-se à população de ambos os sexos com idade igual ou superior a 50 anos e igual ou inferior a 74 anos.

O Diário da República (2017), apresenta o programa de rastreio do cancro da mama para a população do sexo feminino, com idade igual ou superior a 50 anos e igual ou inferior a 69 anos.

### **3. RASTREIOS**

#### **3.1 Rastreio do Cancro da Mama**

##### **Entrada no processo**

- Utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 50 anos até aos 69 anos, inclusive.

##### **Saída do Processo**

- Utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 70 anos.

##### **Critérios de exclusão definitiva**

- Utentes do sexo feminino com realização prévia de mastectomia
- Utentes do sexo feminino com o diagnóstico de cancro da mama

##### **Critérios de exclusão temporária**

- Presença de próteses mamárias
- Existência de processos inflamatórios ativos ou a gravidez ou aleitamento
- Realização de mamografia com resultado normal nos dois anos anteriores Exame de rastreio
- Mamografia a realizar de dois em dois anos

##### **Orientação**

As mamografias devem ser classificadas segundo o protocolo internacional BI-RADS.

- As utentes com mamografias classificadas com BI-RADS 1 ou 2 repetem a mamografia em dois anos.
- As utentes com mamografias classificadas com BI-RADS 3 devem ser referenciadas para consulta de aferição, bem como os resultados díspares em dupla leitura.
- As utentes com mamografias classificadas com BI-RADS 4 ou 5 devem ser referenciadas para consulta de patologia mamária (Diário da República, 2017).

##### **Indicadores de Monitorização**

Indicador 044 – Proporção mulheres [50;70[A,c/mamografia registada nos últimos 2 anos

### **3.2 Rastreio do Cancro do Colo do Útero**

#### **Entrada no processo**

- Utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 25 anos até aos 60 anos, inclusive.

#### **Saída do Processo**

- Utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 61 anos.

#### **Critérios de exclusão definitiva**

- Utentes do sexo feminino com realização prévia de histerectomia total por patologia benigna

- Utentes do sexo feminino com o diagnóstico de cancro do colo do útero

#### **Critérios de exclusão temporária**

- Presença de sinais e sintomas ginecológicos

#### **Exame de rastreio**

- A citologia vaginal, realiza-se de cinco em cinco anos

- Colpocitologia a realizar de 3 em 3 anos, após 2 colpocitologias anuais, consecutivas e normais

#### **Orientação**

As utentes com presença de células atípicas escamosas de significado indeterminado ou de alto grau, células atípicas glandulares, ou lesão intra-epitelial de baixo ou alto grau na colpocitologia devem ser referenciadas para consulta de patologia cervical.

As utentes que tiverem citologia negativa, com teste prévio positivo para o Vírus do Papiloma Humano (HPV), devem repetir a colheita no prazo de um ano (Diário da República, 2017).

#### **Indicadores de Monitorização**

Indicador 045 – Proporção de mulheres 25-60 anos c/ rastreio cancro colo útero

### **3.3 Rastreio do Cancro do Cólon e Reto**

#### **Entrada no processo**

- Utentes com idade igual ou superior a 50 anos até aos 74 anos, inclusive.

#### **Saída do Processo**

- Utentes com idade igual ou superior a 75 anos.

#### **Critérios de exclusão definitiva**

- Utentes com o diagnóstico de cancro do cólon e reto
- Utentes com o diagnóstico de doença inflamatória intestinal
- Utentes com o diagnóstico de síndromes heredofamiliares relacionados com o cancro do cólon e reto

#### **Critérios de exclusão temporária**

- Presença de queixas gastrointestinais, nomeadamente alterações significativas do trânsito gastrointestinal nos últimos 6 meses ou a evidência de hemorragia digestiva
- Realização de colonoscopia normal nos últimos 10 anos ou de retossigmoidoscopia normal nos últimos 5 anos

#### **Exame de rastreio**

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), pelo método imunoquímico, a realizar de 2 em 2 anos.
- Colonoscopia total a realizar de 10 em 10 anos.
- Retossigmoidoscopia a realizar de 5 em 5 anos.

#### **Orientação**

- Aos utentes com PSOF positiva deve ser proposta a realização de colonoscopia total.

- Os utentes com colonoscopia com lesões malignas ou pré-malignas devem ser referenciados para consulta nos cuidados de saúde secundários (Diário da República, 2017).

#### **Indicadores de Monitorização**

Indicador 046 – Proporção utentes [50;75[A,c/rastreio cancro do cólon e reto efetuado .

#### **4. DESCRIÇÃO GERAL**

##### **Organigrama de procedimentos na Consulta de Rastreio Oncológico Interdependente**

(Utente do sexo feminino em idade fértil)

O Utente dirige-se ao balcão, tira a senha e aguarda na sala de espera a chamada para balcão do secretariado



A secretaria clínica confirma a consulta e encaminha para a sala de espera para a consulta de enfermagem



A enfermeira de família faz a consulta de enfermagem de Rastreio Oncológico (RO) e encaminha para a sala de espera para a consulta médica



O médico efetua a consulta de RO e agenda a próxima consulta para o utente



O utente dirige-se ao balcão do secretariado, se o médico passar algum documento para autenticar

### **Organigrama de procedimentos na Consulta de Rastreio Oncológico médica**

(Utente do sexo masculino ou do feminino que não se encontre em idade fértil)

O Utente dirige-se ao balcão, tira a senha e aguarda na sala de espera a chamada para balcão do secretariado



A secretaria clínica confirma a consulta e encaminha para a sala de espera para a consulta de Enfermagem



A enfermeira de família faz a consulta de enfermagem de Rastreio Oncológico



O utente dirige-se ao balcão do secretariado, se for necessário algum documento

### **Organograma de procedimentos na Consulta de Rastreio Oncológico do PRCCR**

(Utente do sexo masculino ou feminino previamente selecionados e convocados para o RCCR)

O Utente dirige-se ao balcão, tira a senha e aguarda na sala de espera a chamada para balcão do secretariado



A secretaria clínica confirma a consulta e encaminha para a sala de espera para a consulta médica



O médico efetua a consulta de RO e agenda a próxima consulta para o utente



O utente dirige-se ao balcão do secretariado, se o médico passar algum documento para autenticar

## **5. COMPONENTES: PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ACTIVIDADES E CARACTERÍSTICAS DA QUALIDADE**

Na descrição das atividades integraram-se todas as dimensões e elementos de qualidade considerados necessários.

### **PROCESSO ADMINISTRATIVO**

1. Verificação da Identidade
2. Revisão dos dados administrativos de cada utente, com sua atualização: contacto telefónico, morada, nº de beneficiário.
3. Agendamento de consulta de Rastreio Oncológico, em articulação com o médico e enfermeiro.
4. Prestar apoio administrativo a todos os serviços, assegurar a ligação com o público e o encaminhamento dos utentes.
5. Validação do receituário e exames complementares de diagnóstico sempre que necessário.
6. Elaboração de convocatórias escritas/telefónicas/mail para marcação de consultas médicas e de enfermagem.

### **PROCESSO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

1. Acolhimento da utente
2. Verificação da Identidade

3. Informar a utente o objetivo da consulta de enfermagem
4. Prestação de cuidados de enfermagem de promoção de saúde a todos os utentes inscritos na UCSP
5. Estimular a envolvimento do utente no processo
6. Avaliação dos hábitos (alimentares, tabágicos, alcoólicos, sedentarismo)
7. Avaliação dos seguintes parâmetros: Peso/IMC/TA
8. Validação dos conhecimentos adquiridos e da adesão ao autocuidado
9. Educação para a saúde – aproveitar em todas as consultas para fazer educação para a saúde e motivar para a vigilância de saúde
10. Codificar o Programa no SClínico
11. Preencher os diagnósticos e focos de intervenção adequados.
12. Atualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV)
13. Planeamento e execução de ensinamentos com vista à alteração de comportamentos, personalizados e de acordo com a utente, de forma a manter uma plena e saudável sexualidade
14. Entrega de folhetos educativos
15. Esclarecimento de dúvidas
16. Monitorização do cumprimento do plano de vigilância e dos indicadores para os utentes
17. Manter registos no SClínico atualizados

### **PROCESSO MÉDICO**

1. Realização de anamnese e exame objetivo dirigido
2. Registo da informação clínica no SOAP no SClínico.
3. Preencher ficha de Planeamento Familiar e/ou Rastreio Oncológico no SClínico

4. Codificar Lista de Problemas do SClínico, segundo a ICPC-2 e manter o registo atualizado
6. Referenciar aos Cuidados de Saúde Secundários de acordo com os protocolos ou sempre que a situação se justifique
7. Programar consultas médicas seguintes
8. Articulação com as atividades de enfermagem
9. Reforçar a importância dos ensinamentos e recomendações
10. Monitorização do cumprimento do plano de vigilância e dos indicadores para os utentes abrangidos pelo programa de rastreio oncológico

## 6. DINÂMICA DA INTEGRAÇÃO DA CONSULTA

	PESO	IMC	TA	ENSINOS	EXAME OBJETIVO	REALIZAÇÃO DE COLPOCITOLOGIA	EXAME DE RESTREIO
<b>Enfermagem</b> <b>20min</b>							
<b>Médico</b> <b>20min</b>							

## **7. AVALIAÇÃO DO RISCO**

A avaliação do risco é realizada tendo em conta a história clínica do utente, antecedentes pessoais e/ou familiares de patologia neoplásica e resultados de exames de rastreio anteriores. Nos anexos (1, 2 e 3) são apresentadas as recomendações de rastreio para cada nível de risco, segundo as Recomendações do Núcleo de Atividade Preventivas da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

## 8. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

### Processos estratégicos

Secretária Clínica	Enfermeiro	Médico
Inscrição na UCSP		
Marcação da 1ª consulta	1ª Consulta interdependente	1ª Consulta interdependente
		Calendarização das consultas médicas seguintes interdependentes
- Marcação das consultas médicas fora da calendarização - Remarcações		Consultas fora da calendarização
- Marcação das consultas médicas independentes		Consultas médicas independentes

### Processos de Suporte

- Tecnologias de informação e comunicação
- Documentação
- Exames complementares

## 9. BIBLIOGRAFIA

Cancro da mama. Recomendações do Núcleo de Atividades Preventivas da APMGF.

Cancro do colo do útero. Recomendações do Núcleo de Atividades Preventivas da APMGF.

Cancro do cólon e reto. Recomendações do Núcleo de Atividades Preventivas da APMGF.

Diário da República (2017). Estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente no que diz respeito ao recrutamento e métodos de seleção. Despacho n.º 8254/2017. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa- Portugal. Link de acesso: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8254-2017-108189401>

Direção Geral de Saúde. (2020). Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020. Serviço Nacional de Saúde, República Portuguesa, Lisboa – Portugal. Link de acesso: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS\\_PP\\_MetasSaude2020.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf)

Direção Geral de Saúde. (2023). Aprova a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030. Serviço Nacional de Saúde, República Portuguesa, Lisboa – Portugal. Link de acesso: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2023/12/24800000/0005100080.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de todos para todos. Ministério da Saúde. República Portuguesa, Lisboa – Portugal. Link de Acesso: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – REGISTOS SCLÍNICO - CONSULTA DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

SCLínico – Consulta do Enfermeiro de Família

Os Registos de Enfermagem devem ser efetuados na aplicação informática SCLinico de acordo com os itens indicados.

**- Avaliação inicial**

**- Processo de enfermagem**

**- Fenómenos associados:**

P.N.D.O. RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO.

### AUTO-VIGILÂNCIA

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Sugeridas
Conhecimento para promover auto - vigilância da mama	-Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância da mama	- Ensinar sobre auto - vigilância - Instruir a auto - vigilância da mama - Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover auto - vigilância da mama	-Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
Capacidade para promover a auto - vigilância da mama	- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama
Potencial para melhorar a capacidade para promover a auto - vigilância da mama	- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama - Instruir a auto - vigilância da mama

	- Treinar a auto - vigilância da mama
Sem potencial para melhorar a capacidade para promover a auto - vigilância da mama	- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama

### COMPORTEAMENTO DE ADESÃO

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções Sugeridas</b>
Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão	- Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão - Ensinar sobre comportamento de adesão
Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão	- Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão
Adesão ao rastreio	- Avaliar adesão a rastreio
Não adesão ao rastreio	- Avaliar adesão a rastreio - Ensinar sobre comportamento de adesão - Incentivar comportamento de adesão - Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão

### ADESÃO À VACINAÇÃO

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções Sugeridas</b>
Adesão à vacinação	- Avaliar adesão à vacinação - Administrar vacina

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planear vacinação</li> </ul>
Não adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar envolvimento da pessoa</li> <li>- Orientar para o enfermeiro de família</li> <li>- Referir para o serviço de saúde pública</li> <li>- Encorajar expressão de crenças</li> <li>- Ensinar sobre complicações da não adesão à vacinação</li> <li>- Apoiar na tomada de decisão</li> <li>- Assistir a pessoa a identificar razões de não adesão à vacinação</li> <li>- Avaliar adesão à vacinação</li> <li>- Ensinar sobre vacinas</li> <li>- Ensinar sobre resposta / reação à vacina</li> <li>- Planear consulta</li> <li>- Incentivar tomada de decisão</li> <li>- Incentivar iniciativa</li> <li>- Planear vacinação</li> <li>- Incentivar adesão à vacinação</li> <li>- Administrar vacina</li> </ul>
<p>Conhecimento sobre vacinação</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre vacinação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre vacinação</li> <li>- Ensinar sobre vacinas</li> <li>- Incentivar adesão à vacinação</li> <li>- Ensinar sobre complicações da não adesão à vacinação</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre vacinação</li> </ul>

	- Ensinar sobre resposta / reação à vacina
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre vacinação	- Avaliar conhecimento sobre vacinação

As intervenções do enfermeiro de família que devem constar no mapa de cuidados são:

- ✓ Monitorizar frequência cardíaca;
- ✓ Monitorizar tensão arterial;
- ✓ Monitorizar peso corporal;
- ✓ Monitorizar índice de massa corporal;
- ✓ Monitorizar altura.

**ANEXO 2 -RECOMENDAÇÕES DO NÚCLEO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DA APMGF –  
CANCRO DA MAMA**

## 1. Grupo etário alvo

0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	>80

## 2. Principais Recomendações

Recomenda-se o rastreio do cancro da mama por **mamografia** de 2 em 2 anos, no grupo etário dos 50 aos 69 anos.<sup>1-7</sup> **(Recomendação A)**

A evidência é insuficiente para recomendar, a favor ou contra, o **exame clínico da mama** como método de rastreio do cancro da mama.<sup>6-14</sup> **(Recomendação C)**

Existe razoável evidência para não aconselhar o **auto-exame da mama** como método de rastreio do cancro da mama.<sup>1,6-8,15,16</sup> **(Recomendação D)**

Para as **mulheres dos 40-49 anos**:<sup>1,6,7,17-20</sup>

- deve informar-se a mulher que o balanço benefício/risco da mamografia aumenta com a idade dos 40-70 anos; **(Recomendação A)**
- a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra a realização de mamografia como método de rastreio, neste grupo etário. **(Recomendação C)**

Para as **mulheres com mais de 70 anos**:

- a evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra o rastreio por mamografia;<sup>21-25</sup> **(Recomendação C)**
- com o aumento da expectativa de vida, a algumas mulheres pode colocar-se a hipótese de rastreio, numa decisão partilhada com o médico de acordo com as comorbilidades e a esperança de vida e preferências individuais.<sup>26,27</sup> **(Recomendação C)**

### 3. Recomendações para cada nível de risco

Grupo Alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível evidência*
<b>Risco médio</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulheres sem factores de risco</li> <li>Com diagnóstico de cancro da mama num familiar de 1º grau acima dos 50 anos</li> <li>Com diagnóstico de cancro da mama num familiar de 2º grau em qualquer idade</li> <li>Com diagnóstico de cancro da mama em 2 familiares de 1º ou 2º grau acima dos 50 anos, mas de ramos familiares diferentes</li> </ul>	Mamografia	De 2 em 2 anos dos 50 aos 69 anos	I A <sup>2-5</sup>
<b>Risco ligeiramente aumentado</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Com diagnóstico de cancro da mama num ou dois familiares abaixo dos 50 anos</li> <li>Diagnóstico de cancro da mama ou ovário em 2 familiares de 1º ou 2º grau do mesmo ramo familiares</li> </ul>	Mamografia  Considerar referência para estudo genético	Anual ou de 2 em 2 anos dos 50-69 anos, eventualmente iniciar antes	III C <sup>28-29</sup>  III C <sup>28</sup>
<b>Alto risco</b>			
Cancro da mama ou ovário em 2 familiares de 1º ou 2º grau do mesmo ramo familiar com pelo menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>mais familiares com cancro da mama ou ovário</li> <li>cancro da mama antes dos 40 anos ou ovário antes dos 50 anos</li> <li>cancro da mama bilateral</li> <li>cancro da mama e ovário na mesma mulher</li> <li>cancro da mama num homem</li> </ul>	Referência para estudo genético	Individualizado	III C <sup>30-33</sup>

\***Nível de evidência:** I – Evidência obtida a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados; II – Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio randomizado controlado; III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos coorte ou estudos caso-controlo ou c) estudos comparativos com controlo histórico; IV – Evidência obtida de séries de casos; V – Opiniões de autoridades ou entidades respeitadas baseadas na experiência clínica, em estudos descritivos ou relatórios de peritos. **Força da evidência:** A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; B – Existe evidência de razoável qualidade que apoia a recomendação; C – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação; E – Existe evidência de boa qualidade contra a recomendação.

## Observações

Não existem estudos que comparem o exame clínico da mama com ausência de rastreio. Nos estudos onde foram avaliados a mamografia isolada ou associada ao exame clínico, as reduções da mortalidade por cancro da mama foram comparáveis.<sup>8-12</sup>

## 4. Referências Portuguesas relevantes

### 4.1. Plano Oncológico Nacional 2001-2005<sup>34</sup>

Fazem parte do PON as seguintes recomendações:

- o teste recomendado para o rastreio do cancro da mama é a mamografia;
- a mamografia como método de rastreio deve ser efectuada no grupo etário dos 50-69 anos e com um intervalo de 2 em 2 anos;
- para as mulheres dos 40-49 anos poderão desenvolver-se programas de rastreio, desde que informadas sobre os seus benefícios e efeitos adversos.

### 4.2. Indicadores de desempenho das USF<sup>35</sup>

Percentagem de mulheres dos 50-69 anos com uma mamografia efectuada nos últimos 2 anos.

## 5. Referências Bibliográficas

- 1 – US Preventive Task Force. The guide to clinical preventive services. 2007. Disponível em <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd07.pdf> [acedido em Agosto de 2008].
- 2 – Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2006(4): CD001877.
- 3 – Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 137(5 Part 1): 347-60.
- 4 – Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjold B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. Lancet 2002; 359(9310): 909-19.
- 5 – Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. Jama 1995; 273(2): 149-54.
- 6 – The Royal Australian College of General Practitioners "Red Book" Taskforce. Guidelines for Preventive Activities in General Practice (6th edition). Victoria (Australia): The Royal Australian College of General Practitioners; 2005.
- 7 – Fletcher S. Screening average risk women for breast cancer. In: Hayes D, Sokol H, editors.: UpToDate Online 16.2.; 2008. Disponível em <http://www.uptodateonline.com> [acedido em Agosto 2008].
- 8 – Kusters JP, Gotzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2003(2): CD003373.
- 9 – Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 50 to 59 years. Cmaj 1992; 147(10): 1477-88.
- 10 – Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. J Natl Cancer Inst 2000; 92(18): 1490-9.
- 11 – Barton MB, Harris R, Fletcher SW. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? Jama 1999; 282(13): 1270-80.

- 12– Bobo JK, Lee NC, Thames SF. Findings from 752,081 clinical breast examinations reported to a national screening program from 1995 through 1998. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(12): 971-6.
- 13– Fenton JJ, Rolnick SJ, Harris EL, Barton MB, Barlow WE, Reisch LM, et al. Specificity of clinical breast examination in community practice. *J Gen Intern Med* 2007; 22(3): 332-7.
- 14– Feigin KN, Keating DM, Telford PM, Cohen MA. Clinical breast examination in a comprehensive breast cancer screening program: contribution and cost. *Radiology* 2006; 240(3): 650-5.
- 15– Baxter N. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Cmaj* 2001; 164(13): 1837-46.
- 16– Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88(7): 1047-53.
- 17– Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146(7): 516-26.
- 18– Moss SM, Cuckle H, Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368(9552): 2053-60.
- 19– Rajkumar SV, Hartmann LC. Screening mammography in women aged 40-49 years. *Medicine (Baltimore)* 1999; 78(6):410-6.
- 20– Baines CJ. Mammography screening: are women really giving informed consent? *J Natl Cancer Inst* 2003; 95(20): 1508-11.
- 21– van Dijck JA, Holland R, Verbeek AL, Hendriks JH, Mravunac M. Efficacy of mammographic screening of the elderly: a case-referent study in the Nijmegen program in The Netherlands. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86(12): 934-8.
- 22– Van Dijck JA, Verbeek AL, Beex LV, Hendriks JH, Holland R, Mravunac M, et al. Mammographic screening after the age of 65 years: evidence for a reduction in breast cancer mortality. *Int J Cancer* 1996; 66(6): 727-31.
- 23– Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Gebretsadik T, Newman J. Is screening mammography effective in elderly women? *Am J Med* 2000; 108(2): 112-9.
- 24– Kerlikowske K, Salzman P, Phillips KA, Cauley JA, Cummings SR. Continuing screening mammography in women aged 70 to 79 years: impact on life expectancy and cost-effectiveness. *Jama* 1999; 282(22): 2156-63.
- 25– Mandelblatt J, Saha S, Teutsch S, Hoerger T, Siu AL, Atkins D, et al. The cost-effectiveness of screening mammography beyond age 65 years: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 139(10):835-42.
- 26– Mathieu E, Barratt A, Davey HM, McGeechan K, Howard K, Houssami N. Informed choice in mammography screening: a randomized trial of a decision aid for 70-year-old women. *Arch Intern Med* 2007; 167(19): 2039-46.
- 27– Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *Jama* 2001; 285(21): 2750-6.
- 28– Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet* 2001;358(9291):1389-99.
- 29– Kerlikowske K, Carney PA, Geller B, Mandelson MT, Taplin SH, Malvin K, et al. Performance of screening mammography among women with and without a first-degree relative with breast cancer. *Ann Intern Med* 2000; 133(11): 855-63.
- 30– Biesecker BB, Boehnke M, Calzone K, Markel DS, Garber JE, Collins FS, et al. Genetic counseling for families with inherited susceptibility to breast and ovarian cancer. *Jama* 1993; 269(15):1970-4.
- 31– Geller G, Botkin JR, Green MJ, Press N, Biesecker BB, Wilfond B, et al. Genetic testing for susceptibility to adult-onset cancer. The process and content of informed consent. *Jama* 1997; 277(18): 1467-74.
- 32– Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2005; 143(5): 355-61.
- 33– Nelson HD, Huffman LH, Fu R, Harris EL. Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility: systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2005;143(5):362-79.
- 34– Plano Oncológico Nacional 2001-2005. In: D.R. 1ª Série- B nº 190; 2001. p. 5241-7.
- 35– Ministério da Saúde. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. In: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2006. p. 1-109.

α – Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS Saúde de S. Mamede de Infesta; β - Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS S. João, Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**ANEXO 3 - RECOMENDAÇÕES DO NÚCLEO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DA APMGF  
– CANCRO DO COLO DO ÚTERO**

# CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Rosendo I<sup>a</sup>, Ribeiro E<sup>B</sup>, Almada-Lobo F<sup>V</sup>, Martins C<sup>6</sup>

## 1. Grupo etário alvo

0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	>80

## 2. Principais Recomendações

Recomenda-se o rastreio do cancro do colo do útero (CCU) por citologia cervical em mulheres que tenham iniciado a sua vida sexual e com colo uterino (**Recomendação A**)<sup>1-3</sup>. O rastreio deverá ser aplicado 2 a 3 anos após o início da vida sexual, cada 3 anos após 2 citologias anuais consecutivas normais<sup>1-3</sup>.

## 3. Recomendações para cada nível de risco<sup>1-3</sup>

Grupo Alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível evidência*
<b>Sem risco</b> Mulheres submetidas a histerectomia total por patologia benigna	Não necessitam de rastreio	–	V D <sup>1-3</sup>
<b>Risco médio</b> Mulheres com actividade sexual e com útero intacto	Citologia cervical	3 em 3 anos	III A <sup>1-12</sup>
<b>Risco aumentado</b> Mulheres com antecedentes de CCU, com infecção por HIV ou em imunossupressão	Citologia cervical	2 em 2 anos	V C <sup>2,3</sup>

\***Nível de evidência:** I – Evidência obtida a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados; II – Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio randomizado controlado; III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos coorte ou estudos caso-controlo ou c) estudos comparativos com controlo histórico; IV – Evidência obtida de séries de casos; V – Opiniões de autoridades ou entidades respeitadas baseadas na experiência clínica, em estudos descritivos ou relatórios de peritos.  
**Força da evidência:** A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; B – Existe evidência de razoável qualidade que apoia a recomendação; C – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação; E – Existe evidência de boa qualidade contra a recomendação.

## Abordagem dos possíveis resultados da citologia cervical<sup>13-16</sup>:

	Adolescentes	Adultos
<b>ASC-US</b>	Repetir citologia passados 12 meses. Neste grupo etário a ocorrência de CCU é rara e a infecção transitória do HPV é muito frequente	Teste de DNA do HPV. Se teste positivo para os tipos de HPV de alto risco, efectua-se colposcopia.
<b>ASC-H</b>	Colposcopia e biopsia endocervical.	Colposcopia e biopsia endocervical.
<b>LSIL</b>	Repetir citologia passados 12 meses. Neste grupo etário a ocorrência de CCU é rara e a infecção transitória do HPV é muito frequente.	Colposcopia Na mulher pós-menopausa, o teste DNA do HPV pode evitar a realização de colposcopia. Se o teste for negativo, deve-se repetir a citologia passados 12 meses.
<b>HSIL</b>	Colposcopia com biopsia das lesões visíveis e curetagem endocervical.	
<b>Alterações das células glandulares (atípicas, adenocarcinoma <i>in situ</i> ou adenocarcinoma)</b>	Colposcopia / biopsia das lesões visíveis / curetagem endocervical.	

**ASC-US:** anomalias de células epiteliais pavimentosas de significado indeterminado. **ASC-H:** anomalias de células epiteliais pavimentosas não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau. **LSIL:** lesões intraepiteliais de baixo grau. **HSIL:** lesões intraepiteliais de alto grau.

### Observações

Novas tecnologias como o teste de DNA do HPV e a citologia em meio líquido poderão vir a integrar, no futuro, este rastreio. Contudo, actualmente, não se dispõe de evidência suficiente para se poder recomendar o seu uso (**Recomendação C**)<sup>1-3</sup>.

Em relação à idade de início do rastreio, a evidência aponta no sentido de este se iniciar 2 a 3 anos após o início da actividade sexual (**Recomendação B**)<sup>1-3</sup>. No entanto, não se dispõe de evidência suficiente para se estabelecer a idade de início de um programa de rastreio populacional sistemático (**Recomendação C**)<sup>1-3</sup>.

Em relação à idade de interrupção do rastreio, não se dispõe de evidência suficiente para se estabelecer uma idade limite. A interrupção deste rastreio deve ocorrer apenas após a obtenção de três citologias consecutivas satisfatórias e negativas nos últimos 10 anos (**Recomendação C**)<sup>1-3</sup>.

## 4. Referências Portuguesas relevantes

### 4.1. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS)

O rastreio do cancro do colo do útero está contemplado, segundo o PNS, na política nacional de rastreios de cancro<sup>17</sup>. O PNS define as seguintes metas prioritárias para o cancro do colo do útero a atingir em 2010<sup>18</sup>:

Indicador	Situação actual	Projecção 2010	Meta para 2010
Taxa de rastreio	ND	–	60% da população-alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos/100000 mulheres	3,5 <sup>1</sup>	3,1	2
Sobrevivência aos 5 anos	55,6	ND	68

1 - Referente a 2001.

Fonte: PNS

#### 4.2. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO)

O PNPCDO recomenda a realização do rastreio do cancro do colo do útero por citologia cervical nas mulheres entre os 25 e os 60 anos, com um intervalo de rastreio de três anos, após dois exames anuais negativos<sup>19,20</sup>.

#### 4.3. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar

**Indicador:** percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada<sup>21</sup>

**Numerador(A):** número de mulheres 25-64 anos com registo de colpocitologia nos últimos três anos.

**Denominador(B):** Todas as mulheres entre os 25-64 anos elegíveis para rastreio.

**Fórmula:** (A/B)\*100

### 5. Referências bibliográficas

- 1– United States Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services. 2007. Disponível em URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd07.pdf> [acedido em Julho de 2008]
- 2– The Royal Australian College of General Practitioners "Red Book" Taskforce. Guidelines for Preventive Activities in General Practice (6th edition). Victoria (Australia): The Royal Australian College of General Practitioners; 2005.
- 3– Sirovich BE, Feldman S, Goodman A. Screening for cervical cancer. UpToDate Online 16.1. Disponível em URL: <http://www.uptodateonline.com> [acedido em Junho 2008].
- 4– Clarke, EA, Anderson, TW. Does screening by "Pap" smears help prevent cervical cancer? A case-control study. *Lancet* 1979; 2:1.
- 5– Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. IARC Working Group on evaluation of cervical cancer screening programmes. *Breast Med J (Clin Res Ed)* 1986; 293:659.
- 6– Johannesson, G, Geirsson, G, Day, N. The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer* 1978; 21:418.
- 7– Nieminen, P, Kallio, M, Hakama, M. The effect of mass screening on incidence and mortality of squamous and adenocarcinoma of cervix uteri. *Obstet Gynecol* 1995; 85:1017.

- 8– Bergstrom, R, Sparen, P, Adami, HO. Trends in cancer of the cervix uteri in Sweden following cytological screening. *Br J Cancer* 1999; 81:159.
- 9– Benedet, JL, Anderson, GH, Maticic, JP. A comprehensive program for cervical cancer detection and management. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1254.
- 10– Nygard, JF, Skare, GB, Thoresen, SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002; 9:86.
- 11– Taylor, R, Morrell, S, Mamoon, H, et al. Decline in cervical cancer incidence and mortality in New South Wales in relation to control activities (Australia). *Cancer Causes Control* 2006; 17:299.
- 12– Aklimunnessa, K, Mori, M, Khan, MM, et al. Effectiveness of cervical cancer screening over cervical cancer mortality among Japanese women. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36:511.
- 13– Goodman A, Holschneider CH. Management of atypical squamous cells (ASC-US and ASC-H) on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen\\_gyne/15833#18](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/15833#18) [acedido em Junho 2008].
- 14– Goodman A, Holschneider CH. Management of low grade squamous intraepithelial lesions on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen\\_gyne/32438](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/32438) [acedido em Junho 2008].
- 15– Goodman A, Holschneider CH. Management of high grade squamous intraepithelial lesions on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen\\_gyne/35396#10](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/35396#10) [acedido em Junho 2008].
- 16– Goodman A, Holschneider CH. Management of atypical and malignant glandular cells on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: [http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen\\_gyne/27430#14](http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/27430#14) [acedido em Junho 2008].
- 17– Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume II – Orientações estratégicas. Lisboa, 2004.
- 18– Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume I – Prioridades. Lisboa, 2004.
- 19– Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010
- 20– Plano Oncológico Nacional 2001-2005. D.R. Iª Série- B nº 190, 17/8/2001, 5241-7.
- 21– Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa, 2006.

$\alpha$  – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS de Eiras;  $\beta$  – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS de Vila do Conde;  $\gamma$  – Assistente de Medicina Geral e Familiar do CS de S. Mamede de Infesta;  $\delta$  – Assistente de Medicina Geral e Familiar do CS, Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**ANEXO 4 - RECOMENDAÇÕES DO NÚCLEO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DA APMGF  
– CANCRO CÓLON RECTAL**

# CANCRO DO CÓLON E DO RECTO

Carvalho A<sup>a</sup>, Ferreira P<sup>b</sup>, Henriques S<sup>c</sup>, Lopes MR<sup>d</sup>, Rua A<sup>e</sup>, Silva M<sup>f</sup>, Almada-Lobo F<sup>g</sup>, Martins C<sup>h</sup>

## 1. Grupo etário alvo

0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	>80

## 2. Principais Recomendações

Recomenda-se o rastreio do cancro do cólon e do recto (CCR) por pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) cada 1 a 2 anos, a partir dos 50 anos em pessoas de risco médio (**Recomendação A**)<sup>1-10</sup>. De acordo com as preferências pessoais do paciente, com os recursos disponíveis e com os resultados de ensaios clínicos actualmente em curso, poderão ser considerados os seguintes métodos alternativos de rastreio: rectossigmoidoscopia flexível, enema baritado com duplo contraste (EBDC), colonoscopia total, colonoscopia virtual (colonografia por tomografia computadorizada) e cápsula endoscópica<sup>1,3,4</sup>.

## 3. Recomendações para cada nível de risco<sup>1-4</sup>

Grupo Alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível evidência*
<b>Risco médio ou ligeiramente aumentado</b>  – Sem história familiar de neoplasia intestinal ou colite ulcerosa <i>ou</i> – 1 parente em 1º ou 2º grau com diagnóstico de CCR acima dos 60 anos	PSOF  Métodos alternativos: – Rectossigmoidoscopia – Colonoscopia total – Colonoscopia virtual – EBDC	A partir dos 50 anos (inclusivé):  A cada 1-2 anos  5-5 anos 10-10 anos 5-5 anos 5-5 anos	I A <sup>1-10</sup>    III C <sup>11-13</sup> V C <sup>3,4</sup> V C <sup>3,4</sup> V C <sup>3,4</sup>
<b>Risco Aumentado</b>  – 1 parente em 1º grau com diagnóstico de CCR antes dos 60 anos <i>ou</i>	Colonoscopia total (rectossigmoidoscopia + EBDC aceitáveis se colonoscopia indisponível)	A cada 5 anos a partir dos 50 anos ou 10 anos antes da idade mais jovem de diagnóstico do CCR (o que surgir primeiro)	III C <sup>2</sup>

<p>– 2 parentes em 1º ou 2º grau do mesmo lado da família, com CCR diagnosticado em qualquer idade</p> <p>– Doença Inflamatória Intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colite Ulcerosa</li> <li>• Doença de Crohn</li> </ul>	<p>Considerar oferta de PSOF</p> <p>Colonoscopia total</p>	<p>Nos anos intercalares</p> <p>– Pancolite: 8 anos após o início da doença;</p> <p>– Colite Esquerda: 15 anos após o início da doença</p> <p><i>Follow-up:</i> a cada 1-2 anos</p>	<p>V C<sup>14,15</sup></p>
---	--	---	----------------------------

**\*Nível de evidência:** I – Evidência obtida a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados; II – Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio randomizado controlado; III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos coorte ou estudos caso-controlo ou c) estudos comparativos com controlo histórico; IV – Evidência obtida de séries de casos; V – Opiniões de autoridades ou entidades respeitadas baseadas na experiência clínica, em estudos descritivos ou relatórios de peritos. **Força da evidência:** A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; B – Existe evidência de razoável qualidade que apoia a recomendação; C – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação; E – Existe evidência de boa qualidade contra a recomendação.

### Grupo de Alto Risco

São considerados como pacientes de alto risco para CCR aqueles que apresentem as seguintes características:

– 3 ou mais parentes de 1º ou 2º grau do mesmo lado da família com CCR diagnosticado em qualquer idade

ou

– 2 ou mais parentes de 1º ou 2º grau do mesmo lado da família com diagnóstico de CCR, incluindo qualquer um dos seguintes:

- múltiplos CCR num só indivíduo;
- CCR antes dos 50 anos;
- membro da família que tenha ou teve Cancro Colorectal Não-Polipóico Hereditário (CCNPH), outro cancro relacionado (endométrio, ovário, gástrico, intestino delgado, renal ou ureteral, vias biliares, cérebro ou da pele).

ou

– Pelo menos 1 parente em 1º ou 2º grau com CCR, com um número elevado de adenomas no cólon (suspeita de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF)).

ou

– Membro da família com identificação de mutação genética que confira risco elevado de CCR (os membros de famílias com PAF ou CCNPH que têm testes negativos para a mutação genética não se encontram dentro do grupo de risco elevado, integrando-se no grupo de risco normal para a idade).

**Procedimento:** Referenciar aos Cuidados de Saúde Secundários / Referenciar para rastreio genético.

Aqueles em risco para:

PAF – recomenda-se rectosigmoidoscopia flexível cada 12 meses desde os 10-15 anos, até aos 30-35 anos e a cada 3 anos após os 35 anos, com PSOF nos anos intercalares (**evidência III C**)<sup>2,4</sup>.

CCNPH – recomenda-se colonoscopia total cada 1 a 2 anos desde os 25 anos ou 5 anos antes da idade do membro mais novo da família afectado (o que for mais precoce), com PSOF nos anos intercalares (**evidência III C**)<sup>2,4</sup>.

## Observações

O toque rectal não é recomendado como método de rastreio (**Recomendação D**)<sup>2</sup>.

O rastreio de indivíduos cuja estimativa da esperança média de vida seja inferior a 10 anos não é recomendado (**Recomendação C**)<sup>3</sup>.

Actualmente, estão disponíveis 2 tipos diferentes de testes para a realização de PSOF: testes em guaiaco e testes imunoquímicos. Os testes imunoquímicos aumentam a especificidade, reduzindo o número de falsos positivos. Contudo, poderão reduzir a sensibilidade do rastreio. Não se dispõe de estudos experimentais comparativos que permitam optar definitivamente por um deles<sup>2,3</sup>.

## 4. Referências Portuguesas relevantes

### 4.1. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO)

O PNPCDO define como prioritária a realização do rastreio do CCR nos indivíduos assintomáticos com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos por pesquisa de sangue oculto nas fezes com intervalo de rastreio de um-dois anos. Em todos os casos com teste de sangue oculto positivo dever-se-á proceder à realização de colonoscopia total<sup>16</sup>.

### 4.2. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar<sup>17</sup>

**Indicador:** percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio do cancro CCR efectuado

**Numerador (A):** número de indivíduos 50-74 anos com registo de (i) pesquisa de sangue oculto nas fezes no último ano ou (ii) qualquer outro método endoscópico ou de imagem nos últimos cinco anos.

**Denominador (B):** todos os indivíduos 50-74 anos elegíveis para rastreio.

**Fórmula:** (A/B)\*100

## 5. Referências bibliográficas

- 1– United States Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services. 2007. Disponível em <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd07.pdf> [acedido em Junho de 2008].
- 2– The Royal Australian College of General Practitioners “Red Book” Taskforce. Guidelines for Preventive Activities in General Practice (6th edition). Victoria (Australia): The Royal Australian College of General Practitioners; 2005.
- 3– Fletcher RH. Screening average risk patients for colorectal cancer. UpToDate Online 16.1. Disponível em <http://www.uptodateonline.com> [acedido em Junho 2008].



- 4– Levin, B, Lieberman, DA, McFarland, B, et al. Screening and Surveillance for early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American Cancer Society, The U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Ca Cancer J Clin* 2008
- 5– Mandel, JS, Bond, JH, Church, TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993; 328:1365.
- 6– Mandel, JS, Church, TR, Ederer, F, Bond, JH. Colorectal cancer mortality: Effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91:434.
- 7– Hardcastle, JD, Chamberlain, JO, Robinson, MH, et al. Randomized controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348:1472.
- 8– Jorgensen, OD, Kronborg, O, Fenger, C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50:29.
- 9– Kronborg, OD, Fenger, C, Olsen, J, et al. A randomized study of screening for colorectal cancer with faecal-occult – blood test. *Lancet* 1996; 348:1467.
- 10– Faivre, J, Dancourt, V, Lejeune, C, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology* 2004; 126:1674.
- 11– Newcomb, PA, Norfleet, RG, Storer, BE, et al. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84:1572.
- 12– Muller, AD, Sonnenberg, A. Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. *Arch Intern Med* 1995; 155:1741.
- 13– Selby, JV, Friedman, GD, Quesenberry, CP Jr, Weiss, NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med* 1992; 326:653.
- 14– Peppercorn MA, Odze RD. Colorectal cancer surveillance in inflammatory bowel disease. In: UptoDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2007. Disponível em: URL: [http://www.uptodate.com/utd/content/topic.do?topicKey=inflamabd/8300&selectedTitle=1~1108&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/utd/content/topic.do?topicKey=inflamabd/8300&selectedTitle=1~1108&source=search_result) [Acedido em: 22/09/2007].
- 15– Kornbluth A, Sachar DB; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice parameters Committee. *Am J Gastroenterol.* 2004 Jul; 99(7):1371-85. Disponível em: URL: <http://www.gi.org/physicians/guidelines/UlcerativeColitisUpdate.pdf> [Acedido em: 22/09/2007].
- 16– Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010.
- 17– Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar.

α – Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Nova Via; β, γ – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS São João; δ – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS Penafiel; ε – Interna de Medicina Geral e Familiar CS Paços de Ferreira; ζ – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS Maia; η – Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS Saúde de S. Mamede de Infesta; θ – Assistente de Medicina Geral e Familiar, CS S. João, Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

## **APÊNDICE 4 – Pedido de autorização dos Questionários**

✍ Compor

📁 Caixa de entrada

☆ Com estrela

🕒 Suspenso

▶ Enviado

📄 Rascunhos

⌵ Mais

Marcadores +

📁 CSI

📁 Ordem dos Enfermeiros



60 de 3 316



P



## Questionários - Autorização

Caixa de entrada x

**Rita Menino**

Exmo. Senhora Doutora Cristiana Carvalho, Sou Rita Menino Silva, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Famil...

terça, 9/07/2024, 16:38

**cristiana carvalho** <cristianapc@hotmail.com>

para mim ▾

📧 domingo, 14/07/2024, 21:14



Prezada Dra Rita,

Agradeço o seu email e o envio do pedido de autorização para o uso dos QCESF-VP e do QCS.

É com muito agrado que concedemos a autorização para o uso dos referidos instrumentos de recolha de dados.

Envio em anexo os instrumentos. A Dra Rita tem acesso aos artigos ou precisava que lhe envie também?

Estou à disposição para qualquer outra questão ou apoio que possa necessitar.

Desejo muito sucesso no seu curso de mestrado e quando terminar o seu trabalho terei muito gosto de o conhecer.

Com os melhores cumprimentos e votos dos maiores sucessos.

--

Cristiana Carvalho

Doutora em Ciências da Educação | FPCEUC

31



Compor

Caixa de entrada

Com estrela

Suspendo

Enviado

Rascunhos

Mais

Fornecedores +

CSI

Ordem dos Enfermeiros



338 de 3 316



Pt ▾

Questionários - Autorização Caixa de entrada x**Rita Menino**

quinta, 11/07/2024, 20:59



Exmo. Senhora Doutora Maria do Rosário Pinheiro, Sou Rita Menino Silva, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saú...

**Maria Rosário Pinheiro** <mrpinheiro@fpce.uc.pt>

quarta, 17/07/2024, 19:35



para Cristianapc13, cristianapc, mim ▾

Boa tarde Rita

Obrigada pelo seu contacto e interesse no nosso trabalho.

Escrevo com o conhecimento da colega Cristiana Carvalho que se encontra em viagem mais uns dias.

Temos muito gosto em que utilize a instrumento e desejamos que seja útil para a sua investigação. Pode avançar.

Entretanto quando a colega chegar vamos enviar os documentos que solicita e os artigos respetivos e um pequeno formulário para preencher com o compromisso de citação e com o nossos dados para que nos possa enviar o seu trabalho final.

Ficamos aos dispor se necessitar de algo mais.

com as melhores saudações

Maria do Rosário Pinheiro



## **APÊNDICE 5 - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido**

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ENTREGUE AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Exmo. Sr.(a) Mãe ou Pai peço-lhe que leia com atenção o conteúdo deste documento, não hesitando em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

A família é o contexto ideal para a formação dos adolescentes, por se configurar historicamente, no principal meio de aquisição de valores necessários para se viver em sociedade. No entanto, a forma como isso ocorre depende em muito das peculiaridades de cada família, que pode sentir-se despreparada para abordar o tema.

O enfermeiro de família desempenha um papel essencial na prestação de cuidados às famílias, através do seu conhecimento, pode contribuir para o aumento da literacia familiar, melhorando o funcionamento da família e do adolescente.

No decorrer do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria, a mestranda Rita Menino Silva, estudante do 2º ano, encontra-se a realizar um estudo intitulado "Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes". O estudo desenvolver-se-á sob a orientação e coorientação científicas da Professora Doutora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino, docente na escola supramencionada. A Enfermeira Orientadora Cooperante será a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar Ana Sofia Mendes, a exercer funções na UCSP de Abrantes.

O estudo objetiva: Conhecer a relação entre o nível de conhecimento sobre sexualidade da família, mães e pais, e a comunicação em Educação Sexual na Família com os filhos adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos. Espera-se como resultados a identificação das necessidades das famílias relativamente aos conhecimentos sobre sexualidade e as dificuldades na comunicação com os filhos adolescentes, para o Enfermeiro de Família puder intervir neste processo da educação em saúde sexual. Permitindo assim, contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem, nomeadamente com a execução e a implementação de projetos de

melhoria contínua, que possam apoiar os enfermeiros numa prestação de cuidados eficaz a famílias com adolescentes.

O estudo decorrerá entre outubro de 2024 e janeiro de 2025. Para a concretização do estudo, é fundamental a participação das famílias, mães e pais, com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos inscritas na UCSP de Abrantes. Pede-se a sua colaboração na resposta ao instrumento de recolha de dados, composto por dados sociodemográficos e dois questionários. Os dados sociodemográficos e os questionários ficarão à guarda da mestranda durante o processo de recolha de dados, sendo posteriormente destruídos. Os dados recolhidos serão identificados com um código alfanumérico, durante o processo de tratamento dos dados, assegurando assim a proteção de dados. Assegura-se também que, desta forma, serão mantidos o anonimato, a confidencialidade e proteção dos dados, de acordo Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (RGPD, n.º 2016/679). A sua participação é voluntária, pelo que pode desistir durante o estudo em qualquer fase do mesmo, sem acarretar prejuízos. O estudo teve parecer favorável do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.

Desde já se agradece a sua disponibilidade, estando ao dispor para esclarecer qualquer dúvida, ou informar da possível desistência. Poderá contactar a mestranda para o endereço de email [ritamenino.enf@gmail.com](mailto:ritamenino.enf@gmail.com), ou pelo n.º de telefone 913531671.

---

(A investigadora, Rita Menino Silva)

Declaração do participante no estudo:

- Declaro ter compreendido o objetivo e as condições do estudo explicados pela mestranda, e que me foi dada a oportunidade de elaborar questões sobre o estudo, tendo para as mesmas obtido respostas esclarecedoras;
- Declaro que me foram assegurados o anonimato e confidencialidade sobre os dados que disponibilizarei, e que a minha identidade não será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a pessoas não relacionadas diretamente com o estudo;

- Declaro que me foi salvaguardado que não haverá prejuízo dos meus direitos, pelo não consentimento ou desistência de participar em qualquer momento no decorrer do estudo.

- Estando devidamente informado das condições do estudo, declaro que autorizo, por minha livre vontade, a colaboração no mesmo, fornecendo dados que serão utilizados só para esta investigação.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Este documento será feito em duplicado, entregue uma cópia ao participante e outra para a investigadora.

**APÊNDICE 6** – Parecer da Comissão de Ética da ULS Médio Tejo e do Conselho de Administração da ULS Médio Tejo

Compor

Caixa de entrada

Com estrela

Suspendo

Enviado

Rascunhos

Mais

Adresadadores +

CSI

Ordem dos Enfermeiros



146 de 3 316

P<sub>t</sub>**Ana Rita B Costa Reis** <rita.reis@ulsmt.min-saude.pt>

para Centro, mim ▾

23/12/2024, 15:28



Exma. Sra. Enfermeira Rita Menino Silva,

Na sequência do pedido para a realização do estudo com o título "**Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes: o papel do Enfermeiro de Família**", informamos que o estudo foi **autorizado** pelo Conselho de Administração a 18/12/2024.

Para os devidos efeitos, junto se envia a informação para Despacho nº 06/CIIC/24 do Centro de Investigação e Inovação Clínica, que contém que contém o Parecer da Comissão de Ética Nº40/24 e o Parecer da Encarregada de Proteção de Dados.

Caso necessite de algum apoio na implementação do estudo poderá contactar o CIIC, que dispõe do software IBM SPSS *Statistics* para o tratamento de dados nas Unidades Hospitalares de Abrantes, Tomar e Torres Novas.

Relembramos que ao abrigo do Artigo 19º da Lei da Investigação Clínica, Lei nº21/2014, de 16 de abril, será necessário comunicar a conclusão do estudo, assim como disponibilizar os resultados finais sob a forma de relatório, publicações ou apresentações.

Aproveitamos para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

JUNTOS PELA INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO CLÍNICA DE EXCELÊNCIA NA ULS MÉDIO TEJO!

Atentamente.

**Rita Reis**

Coordenadora Executiva do CIIC

31



## INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Centro de Investigação e Inovação Clínica (CIIC) N.º: 06/CIIC/24 Data: 11-12-2024 Pág.: 1

Para: Conselho de Administração

C.c.: \_\_\_\_\_

Assunto: **ESTUDO 91/2024 - Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes: o papel do Enfermeiro de Família**

PARECER	DESPACHO
<p>Visto Piedade Pinto 18/12/24</p> <p>Enfermeira Diretora Piedade Pinto</p>	<p>ULS MÉDIO TEJO, E.P.E. 18/12/24</p> <p>Em reunião do Conselho de Administração deliberou-se, <i>aprovado</i> <i>proposta.</i></p> <p>Presidente do Conselho de Administração Casimiro Ramos</p> <p>Vogal Executivo Carlos Gil</p> <p>Enfermeira Diretora Piedade Pinto</p> <p>Diretor Clínico Carlos Luís Lousada</p> <p>Diretor Clínico CSP Flávio Ribeiro</p>

Com base nos pareceres favoráveis da Comissão de Ética para a Saúde e da Encarregada da Proteção de Dados, ambos em anexo, proponho ao Conselho de Administração a aprovação do estudo “Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes: o papel do Enfermeiro de Família”, proposto pela Enfermeira Rita Menino Silva.

### A Coordenadora Executiva do CIIC

Assinado por: **Ana Rita Belgas da Costa Reis**  
Num. de Identificação: 11681816  
Data: 2024.12.11 17:14:35+00'00'

---

PARECER TÉCNICO Nº40 /24

---

COMISSÃO DE ÉTICA

---

**Para:** Centro de Investigação e Inovação Clínica.

Estudo 39.2024 – Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes: o papel do Enfermeiro de Família – Proponente Enf<sup>a</sup> Rita Menino Silva.

Trata-se de estudo observacional, mediante questionários de autopreenchimento por parte de familiares de adolescentes. A amostra será selecionada no decurso de consultas em contexto de cuidados programados.

O consentimento informado e a metodologia para seleção da amostra, bem como a natureza de dados a recolher mostram-se adequados, pelo que a CES deliberou emitir parecer favorável.

P'la Comissão de Ética



Pedro Almeida

Presidente da Comissão de Ética

27/11/2024

Comissão de Ética:

Ana Ramos; Bernardo Mira; Domingos Sanca; Inês Vieira; Irene Costa; Jorge Arcanjo; Pedro Almeida; Rui Tereso; Sérgio Baptista

---

**ESTUDO 91/2024 - Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes: o papel do Enfermeiro de Família\_Rita Menino Silva**

---

**De** Joana Rita Cambé Duque <joana.duque@ulsmt.min-saude.pt>

**Data** sex, 08/11/2024 14:14

**Para** Centro Investigacao e Inovacao Clinica <Ciic@ulsmt.min-saude.pt>

**Cc** Nuno Miguel Leitao Júlio <nuno.leitao@ulsmt.min-saude.pt>

 1 anexo (4 MB)

ESTUDO 91-2024\_Dossier.zip;

Boa tarde Dr.ª Rita,

- Considerando o caderno de recolha de dados e o IMPI.ETI, no qual é expressamente mencionado que **“Não serão recolhidos dados identificadores dos participantes do estudo”** entende-se que os princípios da proteção de dados não deverão aplicar-se às informações anónimas, no caso, que não digam respeito a uma pessoa singular identificada ou identificável nem a dados pessoais tornados de tal modo anónimos que o seu titular não seja identificável, ou seja, o caso em apreço.

Inexiste, portanto matéria relativa a dados pessoais a considerar.

Com os melhores cumprimentos

Joana Duque

Serviço de Apoio Jurídico (SAJ)

Encarregada de Proteção de Dados (EPD)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO, EPE

Av. Xanana Gusmão - Apartado 45 | 2350-754 Torres Novas | PORTUGAL

Tel: 249 810 100 | Ext. 722202 |

[joana.duque@ulsmt.min-saude.pt](mailto:joana.duque@ulsmt.min-saude.pt) | [www.chmt.min-saude.pt](http://www.chmt.min-saude.pt)

---

**De:** Ana Rita B Costa Reis <rita.reis@ulsmt.min-saude.pt>

**Enviada:** 4 de novembro de 2024 10:42

**Para:** Comissão de Ética do Centro <comissao.etica@ulsmt.min-saude.pt>; dpo@chmt.min-saude.pt <dpo@ulsmt.min-saude.pt>

**Cc:** Centro Investigacao e Inovacao Clinica <Ciic@ulsmt.min-saude.pt>

**Assunto:** ESTUDO 91/2024 - Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes: o papel do Enfermeiro de Família\_Rita Menino Silva

Bom dia,

Espero que se encontrem bem.

## **APÊNDICE 7 – Instrumento de colheita dos dados sociodemográficos**

## **Guião Orientador dos Questionários às Famílias, mães e pais, com filhos adolescentes**

Bem-vindo(a)!

O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo.

Este estudo está dividido em duas partes:

1. **Parte 1:** Recolha de dados sociodemográficos
2. **Parte 2:** Questionários sobre o tema do estudo

### **Confidencialidade dos Dados**

Assegura-se que todos os dados recolhidos serão tratados com estrita confidencialidade. Nenhuma informação que possa identificar os participantes será divulgada. Os resultados do estudo serão apresentados de forma agregada, garantindo o anonimato de todos os respondentes.

Agradeço, uma vez mais, a sua participação e o tempo dedicado!

### **Parte I – Dados Sociodemográficos**

#### **1. Idade:**

- ( ) Menos de 29 anos
- ( ) 30 - 39 anos
- ( ) 40 - 49 anos
- ( ) 50 - 59 anos
- ( ) Mais de 60 anos

#### **2. Género:**

- ( ) Feminino
- ( ) Masculino

#### **3. Estado Civil:**

- ( ) Solteiro(a)

- ( ) Casado(a)
- ( ) União de Facto
- ( ) Divorciado(a)
- ( ) Viúvo(a)
- ( ) Outro

**4. Nível de escolaridade:**

- ( ) Ensino básico
- ( ) Ensino secundário
- ( ) Ensino superior (licenciatura)
- ( ) Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento

**5. Número de filhos:**

- ( ) 1
- ( ) 2
- ( ) 3
- ( ) 4 ou mais

**6. Idade do(s) filho(s):**

- (\_\_\_\_) Idade do 1º filho
- (\_\_\_\_) Idade do 2º filho (se aplicável)
- (\_\_\_\_) Idade do 3º filho (se aplicável)
- (\_\_\_\_) Idade do 4º filho (se aplicável)

**7. Profissão:**

- ( ) Desempregado(a)
- ( ) Trabalhador(a) por conta de outrem
- ( ) Trabalhador(a) por conta própria
- ( ) Reformado(a)

**8. Nacionalidade:**

- ( ) Portuguesa
- ( ) Outra, qual: \_\_\_\_\_

**9. Religião:**

- ( ) Católica
- ( ) Protestante
- ( ) Muçulmana
- ( ) Judaica
- ( ) Sem religião
- ( ) Outra (especificar): \_\_\_\_\_

## **Parte II – Questionários**

## **ANEXOS**

**ANEXO 1** – Participação no “4º Encontro Internacional (RE)Pensar O VIH/SIDA, sigamos o caminho dos direitos!”, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

4º ENCONTRO INTERNACIONAL  
**(RE)PENSAR O VIH E Sida**



# Certificado

Certifica-se que o e-póster "**Conhecimento sobre sexualidade e a comunicação na Família com filhos adolescentes**", da autoria de Rita Menino Silva, Pedro Sequeira, Ana Sofia Amaro Mendes e Eva Menino, foi apresentado por *Pedro Sequeira*, no âmbito do **4º Encontro Internacional (Re)pensar o VIH e Sida: "Sigamos o caminho dos direitos!"**, que decorreu no dia 27 de novembro de 2024, em formato *online*, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 03 de dezembro de 2024

Pe' A Comissão Organizadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Aliete Cunha Oliveira".

Professora Doutora Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha Oliveira

O Presidente da ESEnfC

A handwritten signature in black ink, appearing to read "António Fernando Salgueiro Amaral".

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

**ANEXO 2 - Participação no “II Congresso Internacional, A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar” organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Viseu**



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

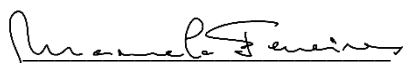
## CERTIFICADO

Certifica-se que **Rita Menino** apresentou a Comunicação Oral com o título “**Uma família com filhos adolescentes: aplicabilidade do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar**” dos Autores **RITA MENINO, PEDRO SEQUEIRA, EVA MENINO** no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.º edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

*Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.*

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da  
Escola Superior de Saúde de Viseu,

  
Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do  
Conselho Técnico-Científico,

  
Professor Doutor António Madureira Dias

**ANEXO 3** - Participação no “1st International Congress of Family Health (ICFH)”, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Aveiro

## CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

**RITA MENINO, PEDRO SEQUEIRA, ANA MENDES, EVA MENINO**

participaram no International Congress Family Health (ICFH'25) com uma comunicação livre (poster) intitulada: "FAMÍLIAS COM FILHOS ADOLESCENTES, O CONHECIMENTO SOBRE SEXUALIDADE E A COMUNICAÇÃO", que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025



Diretor ESSUA/UA  
(Prof. Doutor Rui Costa)



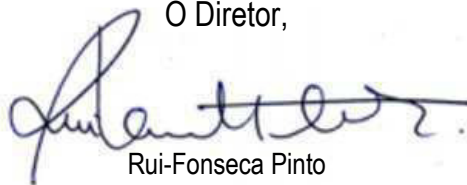
Presidente da Comissão Científica  
(Profª Doutora Helena Loureiro)

**ANEXO 4** - Participação no “Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar” organizado pela ESS.

## CERTIFICADO

Certifica-se que **Rita Menino Silva** participou no I Encontro Científico de Estudantes e Antigos Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária – Enfermagem de Saúde Familiar, que teve lugar no dia 6 de abril de 2024, entre as 9h00 e as 17h30, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,



Rui-Fonseca Pinto

## **ANEXO 5 - “Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade” de Carvalho et al (2017)**

## Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (QCS)

(Carvalho, Pinheiro, Pinto Gouveia & Vilar 2017)

Agora vais encontrar uma série de afirmações, que podem ser "Verdadeiras" (V) ou "Falsas" (F). O que te pedimos é que assinales com <b>uma cruz (X)</b> a opção que corresponde melhor à tua opinião.	V	F
1. Quase todos os jovens têm relações sexuais antes dos 18 anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Uma rapariga pode ficar grávida mesmo que o rapaz não ejacule dentro da vagina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Depois da excitação e com o pénis em ereção, o homem deve ejacular porque podem surgir problemas se não o fizer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A Sida pode apanhar-se através do beijo na boca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O sexo oral e o sexo anal não possibilitam uma gravidez, mas podem provocar algumas doenças sexualmente transmissíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A satisfação sexual não pode ser atingida sem penetração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Antes da colocação do preservativo deve-se verificar sempre o estado de conservação da embalagem, a validade e o controlo de qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A pílula do dia seguinte só deverá ser utilizada como método de exceção e nunca regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Não existe risco de gravidez quando se utiliza o método "coito interrompido".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Uma pessoa que tem um teste VIH positivo, tem sida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. O consumo de álcool diminui a perceção dos riscos nos comportamentos sexuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Uma mulher pode apanhar o VIH se tiver sexo anal com um homem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Uma rapariga não engravida se tiver tido relações sexuais durante a menstruação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ter sexo mantém uma relação amorosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. A sexualidade restringe-se às relações sexuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela têm VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Uma rapariga pode ficar grávida na primeira vez que tem relações sexuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. O vírus do HIV pode transmitir-se através do sexo oral desprotegido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A pílula previne contra as infeções sexualmente transmissíveis (IST's).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Um adolescente não precisa de autorização dos pais para pedir o preservativo ou a pílula num Centro de Saúde ou noutras consultas de atendimento a jovens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Não há uma idade própria para se iniciar a vida sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. O sexo é uma forma de prazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ter sexo com mais de um parceiro(a) pode aumentar a probabilidade de uma pessoa ser infetada com o VIH.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Qualquer aconselhamento na área da sexualidade que aconteça na escola deve ser dado a conhecer aos encarregados de educação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. A única forma de evitar a transmissão do HIV numa relação sexual é o uso do preservativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANEXO 6 - “Questionário de Comunicação em Educação Sexual na Família – Versão Pais” de Carvalho (2017)**

**Questionário de Comunicação em Educação Sexual na Família - Versão Pais (QCESF-VP)**  
(Carvalho & Pinheiro, 2012)

Indique, com um "x", a frequência (de "Nunca" a "Sempre") com que no <u>último mês</u> , usou as seguintes <b>estratégias e competências para comunicar com o(s) seu(s) filho(as)</b> sobre determinados <b>assuntos de sexualidade e educação sexual</b> .	1	2	3	4
	NUNCA	POUCAS VEZES	BASTANTES VEZES	SEMPRE
1. Espero pelo <u>melhor estado de humor</u> dos meus filhos para falar sobre determinados assuntos da sexualidade.				
2. Espero que os meus filhos estejam <u>mais livres e disponíveis</u> para falar sobre assuntos relacionados com o tema da sexualidade.				
3. Quando falo com os meus filhos de um assunto relacionado com a sexualidade <u>vou com calma e não digo tudo de uma vez</u> .				
4. Faço <u>alguma pressão</u> para que os meus filhos mudem de opinião no que respeita às suas relações amorosas.				
5. Acho que os meus filhos devem <u>contar-me tudo</u> o que acontece na sua vida sexual.				
6. No que diz respeito à sexualidade, <u>raramente comparo os meus filhos</u> com os jovens da sua idade.				
7. <u>Insisto</u> com os meus filhos <u>até eles desistirem</u> das suas opiniões sobre a sua vida sexual ou sexualidade.				
8. <u>Enfrento a opinião</u> dos meus filhos com a minha própria opinião e decisão sobre a sua vida sexual ou sexualidade.				
9. Quando quero <u>falar sobre sexo</u> , falo com a minha filha.				
10. Quando quero <u>falar sobre sexo</u> , falo com o meu filho.				
11. <u>Sou capaz de responder às dúvidas</u> dos meus filhos sobre assuntos relacionados com o tema da sexualidade.				
12. <u>Converso com</u> os meus filhos assuntos relacionados com as relações amorosas quando estas passam nas séries juvenis.				
13. <u>Manifesto</u> , sem receio, aos meus filhos <u>a minha opinião</u> sobre assuntos relacionados com o tema da sexualidade.				
14. <u>Falo abertamente</u> com os meus filhos sobre o tema da <u>orientação sexual</u> .				
15. <u>Exponho os meus receios e inseguranças</u> aos meus filhos sobre determinados assuntos relacionados com o tema da sexualidade.				
16. <u>Converso</u> com os meus filhos sobre as infeções sexualmente transmissíveis (ex. VIH).				
17. <u>Sou capaz de ajudar os meus filhos perante um problema</u> relacionado com a sua vida sexual ou sexualidade.				
18. <u>Falo sobre o uso do preservativo</u> com os meus filhos.				
19. Sou capaz de dar <u>apoio emocional</u> dos meus filhos quando passam por algum <u>problema ou desilusão amorosa</u> .				
20. Faço <u>chantagem ou ameaças</u> aos meus filhos para eles mudarem determinadas opiniões no que respeita às suas relações amorosas.				

Indique com que frequência, no <b>último mês usou as seguintes estratégias para comunicar com os seus filhos</b> sobre determinados assuntos da sexualidade e educação sexual:	1	2	3	4
1. Dar ordens				
2. Ameaçar				
3. Dar lições de moral				
4. Dar sugestões (ex.: orientar os filhos, respeitando as suas decisões)				
5. Fugir do assunto ou problema				
6. Criticar				
7. Ofender				
8. Ridicularizar e apelidar depreciativamente				
9. Elogiar (ex.: reforçar positivamente comportamentos/decisões dos filhos)				
10. Fazer perguntas				
11. Transmitir mensagens (ex.: dizer para os filhos fazerem algo que eu próprios não faço)				