

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Famílias com Elemento com Doença Oncológica: Intervenção
Colaborativa do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Families with a Member with Cancer: Collaborative Intervention
by the Specialist Nurse in Community Nursing in the Field of
Family Health Nursing

Autor

Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Famílias com Elemento com Doença
Oncológica: Intervenção Colaborativa do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem
Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar

Families with a Member with Cancer:
Collaborative Intervention by the Specialist
Nurse in Community Nursing in the Field of
Family Health Nursing

Orientador(es)

Carlos Miguel Magalhães Vítor

Autor

Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa

Oliveira de Azeméis, 2025

DEDICATÓRIA

Ao João, por estar sempre ao meu lado com serenidade, carinho e compreensão.

À minha família, por ser a raiz e o impulso para tudo o que realizo.

AGRADECIMENTO

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Agradeço, em especial, ao Professor Mestre Carlos Vítor, pela orientação dedicada, pelas sugestões sempre pertinentes e pelo apoio incondicional ao longo de todo o percurso. A sua presença atenta, especialmente nos momentos de maior dificuldade e angústia, foi um verdadeiro suporte, que me deu confiança para continuar. Sem o seu acompanhamento, não teria sido possível traçar este caminho.

Aos profissionais da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, em particular à minha Enfermeira Tutora, deixo o meu reconhecimento pela colaboração, disponibilidade e partilha de saberes, que foram essenciais para a realização do estágio e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às famílias, foco central deste trabalho, expresso um profundo agradecimento pela disponibilidade e receptividade. A sua colaboração foi essencial para o aprofundamento da reflexão e o desenvolvimento de competências fundamentais no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

RESUMO

A transição saúde/doença, em particular no contexto da doença oncológica, constitui um desafio para as famílias, com impacto multidimensional e repercussões significativas nas suas dinâmicas. Trata-se de uma fase de elevada vulnerabilidade do sistema familiar, em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel fulcral ao apoiar a mobilização de recursos internos e externos. Assim, o desenvolvimento de competências centrou-se na intervenção nestas famílias, alicerçado na experiência profissional em oncologia, que permite reconhecer este impacto.

O estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Este relatório tem como objetivo demonstrar o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, através da aplicação do processo de enfermagem a famílias com elemento com doença oncológica. Estas competências encontram-se explanadas no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 428/2018, publicados em Diário da República. Integra a componente de investigação pela realização de dois estudos de caso ficcionados, orientados pela checklist Case REport e desenvolvidos na plataforma e4nursing, que integra a ontologia de enfermagem preconizada pela Ordem dos Enfermeiros. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar foi adotado como referencial teórico, orientando a prática clínica.

Recorreu-se a uma metodologia descritiva e analítico-reflexiva, sustentada por pesquisa bibliográfica, análise de casos, entrevistas familiares e revisão de documentos normativos.

Os resultados evidenciam ganhos mensuráveis em saúde familiar, sobretudo ao nível da adaptação e da comunicação, e uma perceção positiva do apoio recebido. As famílias expressaram elevada satisfação com a intervenção, valorizando a escuta ativa e a pertinência das orientações, reconhecendo o acompanhamento recebido como diferenciador. Estes resultados validam o contributo da Enfermagem de Saúde Familiar para a promoção da saúde e para o apoio às famílias em situação de transição complexa.

O estágio permitiu o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com reforço da autonomia, do pensamento crítico e da integração da evidência científica na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Familiar; Enfermagem Oncológica; Relações Familiares; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The health/illness transition, particularly in oncological disease, constitutes a major challenge for families, with a multidimensional impact and significant repercussions in their dynamics. It's a stage of high vulnerability for the family system, in which the Family Health Specialist Nurse plays a key role by helping families to mobilize internal and external resources. Therefore, the development of competencies aimed at intervening with these families, grounded in professional experience in oncology, facilitates a deeper understanding of the disease's impact.

The internship was carried out in a Personalized Health Care Unit, within the scope of the Master's in Community Health Nursing in the area of Family Health Nursing, at Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. The purpose of this report is to demonstrate the development of both the common competencies of the specialist nurse and the specific competencies of the Family Health Specialist Nurse, through the application of the nursing process to families with a member with cancer. These competencies are defined in Regulation No. 140/2019 and Regulation No. 428/2018, published in Diário da República. The research component is integrated through the development of two fictional case studies, guided by the CAsE REport checklist and carried out on the e4nursing platform, which incorporates the nursing ontology recommended by the Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nurses Order). The Dynamic Model of Family Assessment and Intervention was adopted as the theoretical framework guiding clinical practice.

A descriptive and analytical-reflective methodology was employed, supported by bibliographic research, case analysis, family interviews, and a review of relevant reports and regulatory documents.

The results demonstrate measurable gains in family health, particularly in adaptation and communication, as well as a positive perception of the support received. Families expressed a high level of satisfaction with the nursing intervention, valuing the active listening and the relevance of the guidance provided, and recognizing the follow-up as a distinctive element of care.

This internship enabled the development of the Family Health Specialist Nurse's competencies, reinforcing autonomy, critical thinking, and the integration of scientific evidence into clinical practice. The work carried out with families with a member with cancer confirms the contribution of Family Health Nursing to health promotion and to supporting families facing complex transition situations.

KEYWORDS: Family Nursing; Oncology Nursing; Family Relations; Quality of Life.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

APGAR - *adaptability*/adaptabilidade, *partnership*/participação, *growth*/crescimento, *affection*/afeto, *resolve*/resolução

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

CARE - CAse REport

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CINESF - Congresso Internacional de ESF

CQOLC - *Caregiver Quality of Life Index - Cancer*

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DVP - Drenagem ventrículo-peritoneal

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

EPUAP - *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FACES - *Family Adaptability and Cohesion Scale*

GCS - *Glasgow Coma Scale*/Escala de Coma de Glasgow

IDE - Índice de desempenho da equipa

IPO-Porto - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

NPIAP - *National Pressure Injury Advisory Panel*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAUF - Plano de Ação da Unidade Funcional

PBPS - Prémio de Boas Práticas em Saúde

PPPIA - *Pan Pacific Pressure Injury Alliance*

RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPQCEESF - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOC - *Sense of Coherence*/Sentido de Coerência

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidades Locais de Saúde

UP - Unidades ponderadas

UPP - Úlceras por pressão

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

US EPA - *United States Environmental Protection Agency*

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

WUWHS - *World Union of Wound Healing Societies*

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	25
3. FAMÍLIA I	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	34
3.3. Domínios	35
3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	35
3.4. Conceção de Cuidados	37
3.5. Especificação das intervenções	37
3.6. Síntese relativa ao caso	41
4. M	43
4.1. Enquadramento teórico	43
4.2. Clientes	44
4.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	45
4.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	45
4.4. Domínios	47
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	47
4.5. Conceção de Cuidados	49
4.6. Especificação das intervenções	53
4.7. Síntese relativa ao caso	58
5. V	59
5.1. Enquadramento teórico	59
5.2. Clientes	61
5.3. Domínios	61
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	61
5.4. Conceção de Cuidados	62
5.5. Especificação das intervenções	64
5.6. Síntese relativa ao caso	66
6. D	67
6.1. Enquadramento teórico	67
6.2. Clientes	67
6.3. Domínios	68

6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	68
6.4. Conceção de Cuidados	69
6.5. Especificação das intervenções	71
6.6. Síntese relativa ao caso	72
7. T	75
7.1. Enquadramento teórico	75
7.2. Clientes	75
8. FAMÍLIA II	77
8.1. Enquadramento teórico	77
8.2. Clientes	80
8.3. Domínios	80
8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	81
8.4. Conceção de Cuidados	82
8.5. Especificação das intervenções	83
8.6. Síntese relativa ao caso	86
9. RS	89
9.1. Enquadramento teórico	89
9.2. Clientes	90
9.3. Domínios	90
9.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	90
9.4. Conceção de Cuidados	91
9.5. Especificação das intervenções	92
9.6. Síntese relativa ao caso	93
10. MS	95
10.1. Enquadramento teórico	95
10.2. Clientes	96
10.3. Domínios	96
10.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	96
10.4. Conceção de Cuidados	97
10.5. Especificação das intervenções	99
10.6. Síntese relativa ao caso	100
11. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	103
12. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	119
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	135

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Genograma da Família I	30
Figura 2: Ecomapa da Família I	31
Figura 3: Genograma da Família II	78
Figura 4: Ecomapa da Família II	78
Quadro 1 - Avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem: Família I.....	113
Quadro 2 - Avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem: Família II.....	114
Quadro 3 - Pontuação da CQOLC antes e após intervenção: elemento da Família I.....	114
Quadro 4 - Pontuação da CQOLC antes e após intervenção: elemento da Família II.....	115
Quadro 5 - Aplicação do questionário de satisfação global com o suporte recebido: Família I..	115
Quadro 6 - Aplicação do questionário de satisfação global com o suporte recebido: Família II.	115

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Centrada nos projetos de saúde vivenciados pela família, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) reconhece-a como uma unidade dinâmica, em constante adaptação às suas circunstâncias e contextos, exigindo desenvolvimento contínuo na vertente teórica e clínica (Figueiredo, 2023). Em Portugal, o desenvolvimento da ESF decorre do reforço do papel dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), orientados pelos princípios da equidade, acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006). A publicação do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, consagrou a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) como estruturas nucleares para a prestação de cuidados de proximidade, reforçando a importância da intervenção junto das famílias como parceiras ativas no processo de saúde/doença. Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) tem vindo a consolidar o perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF), definindo no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, as competências específicas, que incluem a capacidade de avaliar e intervir na família como unidade de cuidados, promover a capacitação familiar, identificar recursos e vulnerabilidades, e apoiar processos de transição ao longo do ciclo vital. Estas competências articulam-se com as competências comuns do enfermeiro especialista, enunciadas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, garantindo uma prática fundamentada na evidência, ética e responsividade às necessidades de utentes e famílias.

A prática do EECESF inscreve-se ainda no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (RPQCEESF), definidos no Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Estes mantêm os seis enunciados descritivos comuns à profissão (satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem), especificando-os no contexto da prática especializada em saúde familiar. Nesta perspetiva, sublinham-se a capacitação da família, a gestão das transições do ciclo vital e dos processos de saúde/doença, incluindo a promoção da saúde familiar, a gestão da doença crónica e o apoio nos processos de adaptação a situações de dependência ou doença grave. A família é, assim, entendida como parceira de cuidados e elemento central na prestação de cuidados de saúde, numa lógica colaborativa e coevolutiva (Wright & Leahey, 2019; Figueiredo, 2012).

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de ESF da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), correspondente aos anos letivos de 2023/2024 e 2024/2025. Este documento constitui a consequência direta do percurso desenvolvido no Estágio de Natureza Profissional com Relatório

Final, que totaliza 810 horas (428 horas de contacto e 382 de trabalho autónomo), integrando a prática clínica em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e USF, seminários temáticos e momentos de orientação tutorial. Pretende, assim, traduzir de forma sistematizada e reflexiva o trabalho desenvolvido, evidenciando o processo de aprendizagem e a consolidação de competências especializadas adquiridas ao longo deste percurso.

Tem como objetivo demonstrar o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, contempladas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, através da aplicação do processo de enfermagem a famílias com elemento com doença oncológica. Assim, a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do estágio evidencia o processo de aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas em ESF, num exercício de integração entre prática, teoria e regulamentação profissional.

Para a sua elaboração recorreu-se a uma metodologia descritiva e analítico-reflexiva, sustentada por pesquisa bibliográfica, análise de casos, entrevistas familiares e revisão de relatórios e documentos normativos pertinentes. Esta metodologia está alinhada com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2021) para a elaboração do relatório da componente clínica dos ciclos de estudos conducentes ao título de enfermeiro especialista, que sublinham o seu papel como instrumento central de avaliação dos processos de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências. Integra a componente de investigação, através da realização de dois estudos de caso de famílias com elemento com doença oncológica ficcionados, orientados pela checklist CAse REport (CARE) e fundamentados na Ontologia de Enfermagem, permitindo uma aplicação sistematizada do processo de enfermagem no contexto da prática clínica. Adicionalmente, recorreu-se à aplicação da escala Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC), instrumento desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de familiares de pessoas com cancro. A doença oncológica afeta não só o elemento com o diagnóstico, mas todo o sistema familiar, que experiencia em conjunto as consequências emocionais, físicas e sociais (Lemetti et al., 2021; Duhamel & Dupuis, 2004). A família, enquanto principal estrutura de suporte, vê-se confrontada com exigências acrescidas na gestão do cuidado, o que pode gerar sofrimento, instabilidade e impacto negativo na qualidade de vida dos seus elementos (Ramalho et al., 2018). Neste sentido, a CQOLC constitui-se como um instrumento relevante para complementar a avaliação familiar, fornecendo informações sobre aspetos emocionais, físicos, sociais e funcionais, que permitem identificar áreas de vulnerabilidade e orientar intervenções de enfermagem mais direcionadas às necessidades da família como unidade de cuidados (Nunes et al., 2021). A versão portuguesa da CQOLC encontra-se traduzida e validada, apresentando elevada consistência interna (α de Cronbach > 0,80) (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

FAMÍLIA COMO UNIDADE DOS CUIDADOS

A família pode ser entendida como um sistema dinâmico de relações, em constante interação entre os seus elementos e com o meio envolvente, no qual as alterações vividas por um elemento se repercutem inevitavelmente em todo o sistema (Wright & Leahey, 2019). É reconhecida como unidade de cuidados, na medida em que a saúde de cada elemento influencia e é influenciada pelo funcionamento global do sistema familiar (Spínola & Figueiredo, 2023). O conceito de saúde familiar traduz-se na capacidade da família de mobilizar recursos, reorganizar-se e manter a coesão face às exigências colocadas pelas etapas do ciclo vital, bem como por transições normativas e não normativas. Traduz-se, assim, na preservação do bem-estar dos seus elementos, assegurando funções essenciais e mobilizando recursos internos e externos para enfrentar de forma eficaz os desafios impostos pelas diferentes transições (Martins, 2023).

Neste contexto, a ESF assume a família como centro da sua prática, reconhecendo-a como um sistema dinâmico, em permanente interação e adaptação às exigências que lhe são impostas (Wright & Leahey, 2019). A intervenção do EEECESF é orientada por uma abordagem sistémica, colaborativa e coevolutiva, que valoriza a interdependência entre os seus elementos e a mobilização de recursos internos e externos, para a promoção da saúde e para a gestão de situações de vulnerabilidade (Figueiredo, 2012; Friedemann, 1995). Assim, a ESF procura promover a capacitação e resiliência familiar, assegurando ganhos em saúde familiar (Walsh, 2003). O EEECESF, conforme definido no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, assume competências específicas que incluem a avaliação e intervenção na família como unidade, a facilitação de processos de transição e a coordenação da continuidade de cuidados. Estas competências articulam-se com as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas (Regulamento n.º 140/2019), constituindo um quadro de referência para a prática de enfermagem avançada.

A intervenção do EEECESF é sustentada por diversos referenciais teóricos. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) permite compreender e intervir em três dimensões (Figueiredo, 2012): a estrutural, que analisa a composição e a organização da família, os vínculos estabelecidos com outros subsistemas e o contexto ambiental; a desenvolvimental, que possibilita compreender o percurso e evolução da família, constituindo suporte para o planeamento e implementação de cuidados antecipatórios e para a capacitação face a transições atuais ou futuras; e a funcional, que se centra nos padrões de interação que sustentam o desempenho das tarefas familiares, integrando a vertente instrumental (relativa à gestão das atividades quotidianas, nomeadamente o papel de prestador de cuidados) e a vertente expressiva (referente à qualidade das interações e dinâmicas relacionais entre os elementos, refletidas no processo familiar). Estas três dimensões permitem uma visão integrada do sistema familiar, orientando a avaliação e a intervenção do EEECESF de forma sistematizada

e centrada na família como unidade de cuidados.

O MDAIF constitui um dos referenciais teórico-operativos de maior expressão na ESF em Portugal, amplamente mobilizado na investigação, no ensino e na prática clínica, nomeadamente em estudos de caso e projetos de intervenção nas famílias (Figueiredo et al., 2018). Epistemologicamente, o MDAIF ancora-se no pensamento sistémico, alicerçado na Teoria Geral dos Sistemas (von Bertalanffy, 1968), que entende a família como um sistema aberto e em constante interação. Integra como fontes teóricas os Modelos de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2019), acrescentando uma matriz operativa que organiza dados avaliativos e permite um conhecimento aprofundado da família, bem como a priorização de áreas de atenção. O modelo articula-se ainda com a Teoria das Transições (Meleis, 2010a), que destaca os processos de mudança vivenciados pelos indivíduos e famílias ao longo do ciclo vital, e com o Modelo das Forças e Resiliência Familiar (Walsh, 2003), que evidencia os processos familiares que favorecem a adaptação positiva face à adversidade, reforçando a pertinência da intervenção do EEECESF no fortalecimento dos recursos internos da família. A articulação destes referenciais permite ao MDAIF oferecer uma base sólida para a prática especializada do EEECESF junto das famílias.

FAMÍLIAS COM ELEMENTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Entre os diferentes contextos de intervenção do EEECESF, assumem especial relevância as famílias que integram um elemento com doença oncológica, frequentemente confrontadas com exigências acrescidas de adaptação e reorganização. Em 2020, o Plano Europeu de Luta contra o Cancro reportou que cerca de 2,7 milhões de pessoas receberam o diagnóstico de doença oncológica na União Europeia, tendo-se registado aproximadamente 1,3 milhões de mortes associadas a esta patologia (Comissão Europeia, 2021). No mesmo ano, em Portugal, o Registo Oncológico Nacional registou uma taxa de incidência de 507,2 casos por 100 000 habitantes-ano e 28 323 óbitos (Registo Oncológico Nacional, 2023). Em 2021, o cancro manteve-se como a segunda principal causa de morte no país, responsável por 23% do total de óbitos, verificando-se um aumento da prevalência em 27% entre 2010 e 2020 e estimando-se um crescimento adicional da incidência em 20% até 2040 (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] & Comissão Europeia, 2025).

Para além do peso epidemiológico, o diagnóstico de doença oncológica constitui uma experiência profundamente desestruturante, representando um acontecimento de grande impacto psicológico, marcado pela associação à morte, pelo estigma social que lhe é inerente e pela incerteza em relação ao futuro, frequentemente acompanhado de sentimentos de medo, negação e ansiedade (Duhamel & Dupuis, 2004). A doença repercute-se em todo o sistema familiar, que assume um papel central enquanto estrutura de suporte emocional e de participação ativa no processo de tomada de decisão (Lemetti et al., 2021). Neste contexto,

verificam-se alterações significativas ao nível da comunicação, da distribuição dos papéis e da dinâmica relacional (Wright & Leahey, 2019). Perante estas exigências, as famílias tendem a reorganizar funções e responsabilidades, procurando preservar o equilíbrio, reforçar o apoio mútuo e garantir a proteção dos seus elementos, o que confirma a pertinência de uma abordagem sistémica (Melo et al., 2012).

Neste processo adaptativo, a família mobiliza recursos internos e externos com o objetivo de manter a congruência e o bem-estar coletivo, evidenciando que a experiência da doença é vivida de forma partilhada e interdependente por todos os seus elementos (Friedemann, 1995; Gottlieb & Rowat, 1987). Estas mudanças profundas desencadeiam conflitos emocionais associados ao medo e à incerteza e manifestam-se em múltiplas dimensões, como alterações nos padrões de interação, redefinição de projetos futuros e mudanças nos grupos de referência externos, fatores que podem fragilizar a coesão familiar (Ramalho et al., 2018; Cassileth & Hamilton, 1979, citado por Gomes, 2015). Trata-se de uma transição saúde/doença, não normativa, implicando um processo de adaptação súbita ou progressiva a uma nova realidade marcada pela doença, exigindo a reconfiguração de papéis e rotinas familiares. As transições constituem momentos críticos que exigem resiliência, ajustamento e apoio, dado o seu efeito global em todas as dimensões da vida quotidiana (Meleis, 2010a).

Para enfrentar a transição saúde/doença, a família necessita de mobilizar recursos internos e externos e demonstrar resiliência, entendida como a capacidade de recorrer a estratégias de coping para lidar com a adversidade, favorecendo a coesão e o desenvolvimento do sistema familiar (Mirsoleymani et al., 2021). A resiliência familiar define-se, então, pela capacidade do sistema familiar de enfrentar acontecimentos geradores de stress e, perante a adversidade, desenvolver novas competências, fortalecendo-se no processo (Walsh, citado por Lourenço, 2019; Santos et al., 2019). O modelo de Walsh (2003) identifica nove processos facilitadores da resiliência familiar, agrupados em três dimensões principais: o sistema de crenças, que abrange valores, convicções, atitudes, preconceitos e suposições; os padrões organizacionais, influenciados por normas internas e externas, bem como pelas crenças culturais e familiares; e os processos de comunicação, que se expressam através da clareza, da partilha emocional aberta e da resolução colaborativa de problemas. A resiliência familiar pode ser reforçada através da utilização de recursos internos e externos, destacando-se as estratégias de coping como instrumentos fundamentais nesse processo. Estas estratégias correspondem a esforços conscientes que permitem às pessoas enfrentar situações adversas e adaptar-se às suas exigências (Antoniuzzi et al., 1998). Podem ser classificadas em duas grandes categorias: aquelas que se centram no problema, procurando modificar ou resolver a situação, e as que se orientam para a emoção, visando gerir o impacto emocional decorrente da mesma (Folkman & Lazarus, 1980). Diferenciam-se, assim, dos mecanismos de defesa inconscientes, como a negação ou a regressão, uma vez que envolvem escolhas intencionais e passíveis de serem aprendidas, constituindo-se como recurso essencial para a adaptação em contextos de crise.

A coesão familiar, relacionada com o grau de união, solidariedade e vínculo emocional entre os elementos, assume um papel central na capacidade de enfrentar momentos de crise. Famílias com elevada coesão tendem a manter uma comunicação aberta, apoio mútuo e um forte sentido de pertença, fatores que favorecem a estabilidade emocional em períodos de maior exigência (Olson, 2000). A sua avaliação pode ser realizada através da Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES), instrumento amplamente utilizado que permite analisar dois conceitos fundamentais para a resiliência familiar: a coesão e a adaptabilidade. Com foco na adaptabilidade, participação, crescimento (*growth*), afeto e resolução, o APGAR familiar constitui um instrumento breve que avalia a perceção dos elementos relativamente à funcionalidade familiar (Smilkstein, 1978, citado por Figueiredo et al., 2023). Estes instrumentos constituem um recurso fundamental para orientar a intervenção do EEECESF, que deve apoiar e reforçar a coesão familiar, potenciando o equilíbrio do sistema (Regulamento n.º 428/2018).

De acordo com o *Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation*, fatores protetores como a estabilidade financeira, o suporte social, a capacidade de resolução de problemas e o sentido de coerência (*Sense of Coherence* - SOC) incluem-se como determinantes para a adaptação familiar em situações de stress (McCubbin et al., 1996). O SOC, entendido como um recurso interno de natureza psicológica, integra três componentes fundamentais: a compreensibilidade, correspondente à capacidade de atribuir sentido às situações; a gerenciabilidade, isto é, a perceção de que existem recursos disponíveis para lidar com os desafios; e a significância, que traduz a convicção de que a experiência é digna de investimento e superação (Veiga, 2022). A transição saúde/doença é um processo multifacetado, que exige ajustamentos contínuos da família perante as mudanças decorrentes da condição de saúde de um dos seus elementos. Neste enquadramento, o EEECESF assume um papel essencial enquanto facilitador da adaptação, ao reconhecer as necessidades emergentes da família e ao promover a utilização de recursos internos articulados com estratégias de coping e mobilização de apoios externos, favorecendo a resiliência familiar (Meleis, 2010a).

O desenvolvimento da resiliência familiar em contexto oncológico é influenciado por diversos fatores. Estratégias de flexibilidade na organização familiar e a capacidade de adaptação às exigências impostas pela doença têm sido descritas como facilitadoras desse processo (Santos et al., 2019). A comunicação aberta e contínua com os profissionais de saúde, bem como o suporte emocional e espiritual disponibilizado, são igualmente descritos como elementos determinantes no fortalecimento da coesão e na gestão do processo de doença (Santos et al., 2019; Gazzoni & Carretta, 2018). A espiritualidade, em particular, surge como recurso importante para atribuir sentido à experiência e sustentar a esperança (Gazzoni & Carretta, 2018). A elevada prevalência de sintomas psicopatológicos, como ansiedade e depressão, nos familiares de pessoas com doença oncológica constitui um fator de vulnerabilidade, exigindo atenção específica à saúde psicológica destes (Rezende & Remondes-Costa, 2018). Estudos qualitativos demonstram que, ao enfrentar os desafios emocionais impostos pela doença

oncológica, os familiares podem desenvolver mecanismos de superação que reforçam a resiliência e favorecem o crescimento no seio da família (Stein & Moreira, 2021).

Partindo da experiência profissional na área da oncologia, foi desenvolvido e implementado um Projeto de Desenvolvimento de Competências (Anexo I), concebido como um plano estruturado para definir metas, identificar lacunas e mapear um percurso de evolução, orientando a consolidação de competências (Mourão & Monteiro, 2018). Enquanto enfermeira a exercer no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO-Porto), a análise dos contactos diretos estabelecidos com famílias e cuidadores de pessoas com diagnóstico de doença oncológica evidenciou os desafios únicos que estas enfrentam, conduzindo à reflexão sobre a necessidade de cuidados diferenciados que respondam à complexidade da sua vivência.

No âmbito dos CSP, o acompanhamento de famílias com elemento com doença oncológica assume particular relevância, dada a complexidade da situação e a necessidade de resposta estruturada. O EEECESF, pelo conhecimento que detém das dinâmicas, recursos e forças familiares, encontra-se numa posição estratégica para desenvolver respostas ajustadas às necessidades emergentes, potenciando os ganhos em saúde familiar. Apesar da relevância epidemiológica e do impacto multidimensional da doença oncológica, a prática clínica observada nos CSP permanece maioritariamente centrada no indivíduo, com fraca sistematização da família enquanto unidade de cuidados. Esta lacuna fundamenta a pertinência do presente relatório, que demonstra a aplicação do processo de enfermagem centrado na família em contexto de elevada complexidade clínica. A pertinência desta temática tornou-se ainda mais evidente na unidade onde decorreu o estágio, uma vez que a equipa de enfermagem reconheceu a relevância do projeto e demonstrou interesse e abertura para a sua implementação, considerando-o uma oportunidade de desenvolvimento de competências com impacto direto nos utentes e famílias. A consolidação desta área na prática clínica poderá representar um avanço significativo na promoção de cuidados de saúde mais abrangentes e direcionados, contribuindo para o fortalecimento do papel da enfermagem em geral e, em particular, do EEECESF, enquanto eixo central na melhoria contínua dos serviços de saúde. Neste contexto, a intervenção delineada foi sustentada pelo MDAIF, numa perspetiva colaborativa que valoriza a proximidade, a continuidade dos cuidados e a centralidade da família. Foi operacionalizada através da metodologia de estudo de caso apoiada na checklist CARE, reforçando a importância de uma abordagem multidimensional no apoio a doentes e suas famílias.

Este documento encontra-se dividido em cinco partes distintas: a introdução, que apresenta o enquadramento teórico-conceitual, os objetivos e a metodologia adotada; a caracterização do contexto clínico, onde se destaca a organização dos cuidados, os indicadores relevantes e a população abrangida; os estudos de caso, desenvolvidos na plataforma e4nursing, que integra a ontologia de enfermagem preconizada pela OE, permitindo uma aplicação sistematizada do processo de enfermagem; os contributos para o desenvolvimento das competências comuns e

específicas do EEECESF; e, por fim, a síntese final do relatório, onde se evidenciam as aprendizagens alcançadas e as perspetivas futuras. O relatório integra ainda anexos que complementam e documentam as atividades realizadas.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Em Portugal, o direito à proteção da saúde está consagrado constitucionalmente desde 1976, tendo-se concretizado com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. A nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) reforçou a centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade, determinando a necessidade de revisão do seu estatuto.

Neste enquadramento, o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o novo estatuto do SNS, clarificando a sua organização territorial e funcional, reforçando a integração de cuidados e criando a Direção Executiva do SNS, com a missão de coordenar a resposta assistencial em rede.

No âmbito da mais recente reorganização do SNS, definida pelo Decreto-Lei n.º 55/2025, de 28 de março, todas as unidades de saúde passaram a integrar Unidades Locais de Saúde (ULS), que concentram sob uma mesma gestão os centros hospitalares, hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), garantindo maior proximidade, continuidade e integração de cuidados. As únicas instituições que se mantêm autónomas nesta reforma organizacional são os Institutos Portugueses de Oncologia de Coimbra, Lisboa e Porto.

Os CSP assumem um papel essencial na promoção da acessibilidade, da proximidade e da continuidade assistencial, bem como na coordenação dos diferentes níveis de cuidados. De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, a sua organização contempla várias unidades funcionais, com papéis complementares:

- USF: constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, desenvolvendo a sua atividade com base na contratualização de objetivos e assegurando uma carteira básica de serviços aos utentes inscritos.
- UCSP: têm composição idêntica, mas não estão organizadas em modelo de USF, mantendo uma estrutura mais convencional.
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC): prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com forte intervenção de proximidade, nomeadamente no domicílio, junto de famílias em situação de vulnerabilidade, risco ou dependência.
- Unidades de Saúde Pública (USP): assumem a vigilância epidemiológica e a coordenação de programas de prevenção e promoção da saúde, sendo compostas por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas em saúde comunitária e de saúde pública, e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP): com a integração dos ACES nas ULS, a designação de URAP deixou de estar prevista na sua orgânica, não existindo, no entanto, diploma que determine formalmente a sua extinção.

O estágio decorreu numa UCSP inserida na Região Centro de Portugal Continental, servindo uma população com um perfil marcadamente envelhecido, que reflete a tendência demográfica nacional de inversão da pirâmide etária (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

A equipa da unidade é composta por quatro médicos, quatro enfermeiros e três assistentes técnicos (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2025), sendo a gestão da unidade assegurada por um dos médicos especialistas em medicina geral e familiar. Os utentes estão organizados em listas por médico e enfermeiro de família, privilegiando-se a estrutura familiar, conforme definido no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. Este Decreto-Lei define a dimensão das listas, que não é calculada apenas com base no número absoluto de utentes, mas sim com base em unidades ponderadas (UP) de acordo com a idade dos utentes, considerando os seguintes fatores: crianças dos 0 aos 6 anos - fator 1,5; adultos entre os 65 e os 74 anos - fator 2; adultos com 75 ou mais anos - fator 2,5.

O funcionamento da unidade assenta num modelo de cuidados programados com marcação prévia, complementados por agendamentos de recurso para situações agudas. A prática clínica é suportada pela plataforma SClínico CSP, que assegura o registo padronizado da informação e a articulação entre profissionais. O trabalho em equipa é incentivado através de reuniões regulares que promovem a partilha e a articulação entre profissionais.

No âmbito da avaliação interna da unidade, o desempenho assistencial está estruturado em quatro subáreas principais, cada uma subdividida em dimensões com indicadores específicos (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2025):

- Acesso: cobertura ou utilização e tempos máximos de resposta garantidos;
- Gestão da saúde: saúde da mulher, saúde do adulto e saúde infantil e juvenil;
- Gestão da doença: diabetes mellitus, doenças do aparelho respiratório e hipertensão arterial;
- Gestão da saúde: saúde da mulher, saúde do adulto e saúde infantil e juvenil;
- Integração dos cuidados: consulta no próprio dia e multimorbilidade e outros tipos de doenças;
- Qualificação de prescrição: prescrição de farmacoterapêutica e prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

A análise dos dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) evidencia o foco em métricas relacionadas sobretudo com a vigilância de doenças crónicas, rastreios, vacinação e saúde materna e infantil (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2025). Verificou-se que alguns indicadores dependentes da atuação conjunta de médico e enfermeiro, como os relacionados com planeamento familiar ou risco cardiovascular, não atingiram as metas estabelecidas, o que poderá refletir constrangimentos organizacionais e de recursos humanos. Verificou-se igualmente uma redução progressiva do índice de desempenho da equipa (IDE), que em fevereiro de 2025, de acordo com os dados do BI-CSP, se situou em 33,60, valor inferior à mediana das UCSP a nível nacional, que é de 50,70.

No que respeita à prática da enfermeira tutora, o seu ficheiro de utentes integra um total de 1505 utentes, correspondendo a 1814 UP. A população apresenta uma distribuição equilibrada entre sexos e uma inversão da pirâmide etária. O índice de dependência situa-se na ordem de 62%, correspondendo a 44% de idosos e 18% de jovens, evidenciando o peso crescente da população mais envelhecida (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2025).

As patologias mais prevalentes incluem a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, em consonância com o perfil epidemiológico nacional. Entre os diagnósticos mais frequentes destacam-se os relacionados com doenças crónicas e fatores de risco, nomeadamente excesso de peso, consumo de tabaco e de álcool. Em coerência, as intervenções de enfermagem mais registadas incluem a monitorização da pressão arterial e do índice de massa corporal, a avaliação do consumo de tabaco e álcool, o ensino para a modificação de estilos de vida e o planeamento da consulta de seguimento (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2025).

Foram identificadas 622 famílias, com uma mediana de 2 elementos por agregado, variando entre 1 e 6 (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2025). Embora exista preocupação em acompanhar a família como unidade de cuidados, a caracterização sistemática nos sistemas de informação mantém-se limitada. Do mesmo modo, a identificação formal do prestador de cuidados e das suas necessidades de ensino permanece pouco expressiva, constituindo uma oportunidade de desenvolvimento para a prática da ESF, dada a relevância que assume na capacitação e no suporte dos cuidadores (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2025).

Para além da caracterização populacional e dos registos familiares, importa referir que a prática assistencial nesta unidade assenta numa abordagem personalizada e integrativa, focando-se nas necessidades individuais e familiares dos utentes. É privilegiada a continuidade de cuidados, com o objetivo de reforçar a relação terapêutica e garantir um acompanhamento sistemático e de proximidade, sensível aos contextos familiares. Contudo, a equipa de enfermagem não integra enfermeiros com formação especializada em ESF, o que constitui uma limitação à implementação plena de práticas centradas na família. Não obstante, importa reconhecer a presença da enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, tutora deste estágio, cuja formação e experiência consolidada na área da ESF se constituem como recurso diferenciador e de suporte à prática assistencial da unidade.

O contexto clínico onde decorreu o estágio revelou-se particularmente enriquecedor para o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais e reflexivas no âmbito da ESF. A multiplicidade de situações vivenciadas (desde as consultas de saúde infantil e juvenil, de planeamento familiar e rastreio oncológico, consultas de saúde materna, do adulto ou de doenças crónicas, até acompanhamento a utentes em situação de dependência, entre outras) proporcionou uma aproximação concreta à complexidade dos CSP.

Apesar dos progressos registados, mantém-se uma predominância da abordagem individual, característica de um modelo biomédico, que continua a influenciar a organização dos CSP em

Portugal, com um enquadramento familiar ainda incipiente e pouco sistematizado. Persiste ainda a necessidade de implementar referenciais conceptuais de ESF nos CSP, de modo a adaptar os sistemas de registo e avaliação para que reflitam a complexidade da intervenção junto das famílias (Barbieri-Figueiredo et al., 2017). Estes não contemplam dimensões familiares de natureza sistémica, como a coesão, a comunicação ou as dinâmicas relacionais, aspetos essenciais para a intervenção nas famílias. Esta limitação dos sistemas de monitorização impede o registo das intervenções dirigidas à família, desviando o foco do EEECESF para o indivíduo e comprometendo a visibilidade e a valorização da sua ação centrada na família enquanto unidade de cuidados.

Durante o estágio, constatou-se que a inexistência de mecanismos formais para a sinalização e acompanhamento das famílias com necessidades complexas dificultava a avaliação e a intervenção. A compreensão da complexidade do funcionamento familiar necessita de uma avaliação sistematizada, que vá além de contactos pontuais com elementos individuais. Um exemplo foi o acompanhamento de uma mulher com doença oncológica e do seu marido, que referiram o filho e a nora, então grávida. Esta, embora seguida em consulta de saúde materna, foi abordada apenas nesse enquadramento, sem ligação ao agregado familiar alargado. Após o nascimento da criança, foi igualmente acompanhado o jovem casal já com o bebé recém-nascido, mas de forma independente. Assim, apesar de ter existido contacto com todos os elementos, a ausência de uma abordagem sistemática centrada na família fez com que cada situação fosse tratada de forma fragmentada, sem uma avaliação integrada que permitisse compreender e intervir no funcionamento familiar como um todo, em particular no contexto de transições familiares significativas, como a vivência de doença oncológica, a transição para a parentalidade e a chegada de um neto. Neste sentido, também a perceção dos próprios utentes reflete esta lacuna, uma vez que os utentes tendem a valorizar sobretudo as competências genéricas dos enfermeiros, sem reconhecimento claro da família como unidade de cuidados (Ferreira et al., 2022). Esta constatação reforça a importância de consolidar as competências específicas do EEECESF e de reforçar a visibilidade do seu papel, tanto junto das famílias como junto das equipas multidisciplinares.

O EEECESF, com a sua abordagem centrada na família, dispõe de um potencial transformador considerável. A utilização de modelos de avaliação familiar, como o MDAIF, a promoção da literacia em saúde e a implementação de intervenções dirigidas às dinâmicas familiares permitem valorizar a família enquanto unidade de cuidados. A sensibilização da equipa multidisciplinar para esta mudança requer não apenas formação contínua, mas também o reconhecimento institucional da importância da família na manutenção da saúde e na gestão da doença. Para que esta transformação seja efetiva, são ainda necessárias mudanças políticas, estruturais e organizacionais que assegurem condições para a implementação de modelos centrados na família, bem como a valorização do papel do EEECESF no seio das equipas dos CSP (Barbieri-Figueiredo et al., 2017).

3. FAMÍLIA I

A Família I é composta por quatro elementos e reside em área urbana. O casal, V (50 anos, educador de infância) e M (46 anos, empresária), o filho de ambos, T (14 anos), e a mãe de M, D (70 anos, reformada). A família tem enfrentado desafios significativos desde que M teve o diagnóstico de glioblastoma, em 2022. Inicialmente, M manteve-se completamente autónoma, com acompanhamento em centro clínico especializado até meados de 2024. No entanto, por esta altura, iniciou um quadro de agravamento da dor lombar que, após a realização de estudo, revelou metastização com compressão medular. Realizou radioterapia lombar urgente e posteriormente quimioterapia que teve que ser interrompida por quadro de hidrocefalia, sendo submetida drenagem ventrículo-peritoneal (DVP). Em outubro regressou ao domicílio, com agravamento evidente da situação clínica, apresentando paraplegia. Pela progressão da doença tem apresentado oscilação do estado de consciência, alternando períodos de vigília com períodos de sonolência e obnubilação. V suspendeu a sua atividade profissional para assumir o papel de cuidador principal, e D, mãe de M, mudou-se para a residência do casal para apoiar nos cuidados. A família é acompanhada pela unidade de cuidados paliativos, que tem ajudado a gerir a situação clínica de M, proporcionando alívio dos sintomas e suporte emocional. No entanto, esta fase de transição do tipo saúde/doença tem tido grande impacto familiar.

3.1. Enquadramento teórico

Os gliomas são tumores primários do Sistema Nervoso Central (SNC), que variam entre benignos e malignos e apresentam uma progressão que pode ser lenta ou agressiva. Representam 24% dos tumores cerebrais em adultos, com taxas de sobrevivência que variam substancialmente de acordo com o tipo histológico. Pessoas diagnosticadas com astrocitoma pilocítico apresentam taxas de sobrevivência superiores a 90% aos 10 anos, em nítido contraste com o glioblastoma, no qual apenas 5% atinge os 5 anos de sobrevivência (Onciul et al., 2024).

Esta patologia repercute-se em todo o sistema familiar, implicando mudanças significativas na vida quotidiana, decorrentes tanto das consequências do tumor em si como dos tratamentos utilizados, nomeadamente cirurgia, radioterapia e quimioterapia (Lee & Hall, 2019). O tumor e os respetivos tratamentos podem desencadear alterações cognitivas (como distúrbios da memória e da fala), limitações físicas (como a parésia) e alterações psicológicas (como modificações comportamentais), o que tem, também, enorme impacto na família e nas suas

Relativamente à família extensa, todos os elementos referem uma frequência e intensidade de contacto bidirecional, proporcionada por V para que M mantenha o contacto com os mesmos. Como V referiu: “quero que ela mantenha o contacto com o resto da família e gosto que ela fale com eles de manhã e ao fim do dia, até para não perder a noção do passar dos dias, e noto que ela fica bem”.

A elaboração do ecomapa permitiu compreender as relações entre os diferentes membros da família, assim como com os sistemas mais amplos, explanando recursos e necessidades (Figueiredo, 2023).

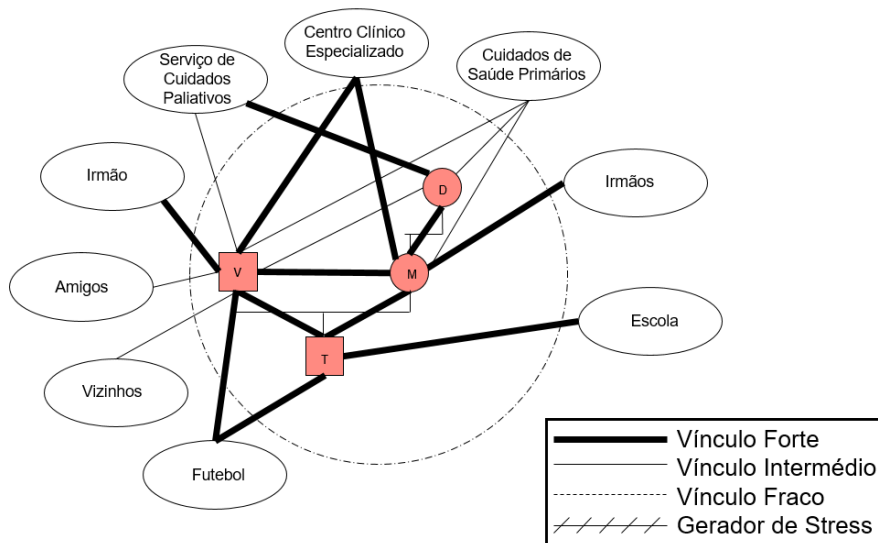


Figura 2: Ecomapa da Família I

Aplicando a escala de Graffar adaptada, verificou-se que esta família é de classe social média alta (II). Reside em habitação própria em zona urbana, com espaço bem conservado, com boa ventilação e exposição solar. O apartamento não apresenta barreiras arquitetónicas. Apresenta aquecimento central e lareira que não é utilizada. O gás é canalizado e a água da rede pública. O tratamento de resíduos é feito pela rede pública. Não têm animais domésticos.

A Família I encontra-se a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença com grande impacto funcional e emocional, exigindo a reorganização das rotinas, papéis e relações entre os seus elementos, bem como uma mobilização contínua de recursos internos e externos. Apesar das exigências associadas, os elementos da família referiram estar a adaptar-se de forma funcional à situação, reconhecendo as mudanças impostas, mas valorizando a coesão e o apoio mútuo que têm permitido manter o equilíbrio familiar. V sintetizou esta perceção ao afirmar: “sabemos que a vida mudou, mas já nos fomos preparando ao longo do tempo... apoiamo-nos uns aos outros e vamos conseguindo”. De forma semelhante, D reforçou: “não é fácil, mas já vínhamos a adaptar-nos e estamos unidos, cada um faz a sua parte”, enquanto M expressou: “às vezes

custa, mas sinto que não estou sozinha, e isso ajuda-me muito”.

Estas vivências ilustram estratégias adaptativas descritas na literatura, como priorizar o essencial, estabelecer objetivos a curto prazo e recorrer ao apoio formal e informal. O suporte atempado, concreto e disponível, tanto emocional como existencial, promove segurança e reforça a família enquanto unidade de cuidados (Ståhl et al., 2024).

A Família I situa-se na etapa do Ciclo Vital de Relvas correspondente a famílias com filhos adolescentes, caracterizada por exigências específicas ao nível da autonomia crescente do jovem e da adaptação dos papéis parentais (Relvas, 2000). Neste caso, o papel parental revelou-se adequado, uma vez que V demonstrou segurança no desempenho das suas funções enquanto pai. Referiu que, pela sua formação e experiência profissional como educador de infância, dispõe de recursos para compreender as necessidades de T e antecipar os desafios próprios desta etapa do desenvolvimento. Apesar de, devido à condição clínica de M, ter de assumir praticamente na totalidade o exercício do papel parental (delegando apenas algumas tarefas na sua sogra, D), V expressou que o faz com gosto e com consciência das necessidades do filho, bem como das suas próprias competências. Destacou a importância da continuidade das atividades do filho, referindo: “o T continua no futebol... nunca quis desistir. Eu faço questão de o levar e ir ver os jogos, mesmo que às vezes seja difícil deixar M com D. Mas acho que aquilo é o escape dele... mas também o meu.”. Sublinhou ainda que, independentemente da situação clínica de M, a prioridade é o bem-estar do filho, afirmando: “em primeiro lugar está a vida do meu filho e faço tudo para que ele se sinta bem apesar desta situação”.

Determinou-se a satisfação conjugal como mantida, uma vez que o casal não apresenta alterações na relação dinâmica, comunicação interação sexual ou função sexual, tendo ambos em consideração as limitações impostas pela condição clínica de M. Como esta referiu: “quando eu podia fazer tudo, ia levar o T à escola, levava-o aos treinos, organizava as coisas em casa... mas sempre em parceria com V. Agora não posso, mas já estávamos mais ou menos à espera disto... mais tarde ou mais cedo...”. De igual modo, V destacou: “sempre dividimos muito as tarefas, até pelo trabalho de M, ela por vezes chegava mais tarde e isso nunca foi um problema. Agora as coisas estão diferentes, mas adaptamo-nos”. Face à condição clínica de M, não se aplica à família em estudo a avaliação do planeamento familiar ou da adaptação à gravidez.

Neste âmbito, foi aplicada à família a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, que evidenciou o valor de 215, correspondendo a uma probabilidade de 50% de desenvolvimento de doença física e/ou psíquica. Este resultado reforça a necessidade de um acompanhamento próximo, atento à sobrecarga e às exigências acrescidas impostas pela progressão da doença.

A avaliação permitiu identificar que o processo familiar é funcional, preenchendo os critérios definidos no MDAIF para o diagnóstico de processo familiar não disfuncional.

Verificou-se uma comunicação familiar eficaz, expressa nas interações entre os elementos da

família, com V a ser quem expressa mais os sentimentos. Este referiu que a família mantém conversas honestas e cuidadas, ajustando o conteúdo à idade do filho: “Temos falado... com honestidade, mas com cuidado. Eu e a M falamos sobre o que está a acontecer, mas evitamos entrar em detalhes mais pesados à frente do T. Ele sabe que a mãe está doente, sabe que não vai melhorar, mas tentamos poupar-lhe os pormenores mais duros. Entre nós adultos... falamos sobre o que precisa ser feito, o que vai mudar, o que é preciso preparar. Mas há silêncios também... às vezes é difícil pôr em palavras”. Esta atitude revela uma tentativa de equilibrar a necessidade de transmitir informação com a proteção emocional do filho adolescente. A comunicação aberta, mas adaptada ao desenvolvimento, é essencial para a preservação da coesão familiar (Wright & Leahey, 2019). Assim, a comunicação familiar mostra-se ajustada às exigências da situação, constituindo um recurso importante para a manutenção da coesão e do suporte mútuo.

Evidenciou-se igualmente um coping familiar eficaz, traduzido na capacidade da família para lidar com os múltiplos desafios do quotidiano. A família concorda que é habitualmente V quem identifica os problemas e assume a iniciativa para os resolver, recorrendo a estratégias de organização, como planear, fazer listas e definir prioridades. O próprio expressou: “Quando surge um problema, penso no que é mais urgente e resolvo”, acrescentando que, apesar do cansaço, procura manter a estabilidade e as rotinas do filho. As dificuldades são discutidas em família, o que favorece uma gestão partilhada e coerente das exigências. Para além dos recursos internos, a família recorre também a apoios externos, nomeadamente à equipa de cuidados paliativos, ao médico e à enfermeira de família, bem como à ajuda informal do vizinho farmacêutico, o que demonstra a sua capacidade de mobilizar redes de suporte formais e informais. Esta forma de atuação confirma a capacidade da família em manter estabilidade e bem-estar em contexto de elevada exigência, constituindo um fator protetor importante (Friedemann, 1995).

Na família I, V desempenha as funções de provedor financeiro, gestor das atividades familiares e responsável pela componente recreativa, enquanto D assume predominantemente os cuidados domésticos. Esta divisão foi descrita como consensual e não geradora de conflito, não se observando sinais de saturação de papéis.

Relativamente à relação dinâmica, foi possível identificar que V é o elemento com maior poder dentro do sistema familiar, situação aceite e valorizada pelos restantes membros. A família expressou satisfação com a forma como cada elemento influencia o comportamento dos outros, destacando a união como traço central. Como V referiu: “eu acabo por decidir muitas coisas, mas sempre a pensar no que é melhor para todos... e sinto que confiam em mim”. De forma convergente, D acrescentou: “o V tem tomado as rédeas, mas isso dá-nos segurança... sabemos que alguém está a guiar”. Também M reforçou esta perceção de união: “sinto que continuamos unidos e que temos conseguido ajustar-nos ao que a doença nos traz.”.

A aplicação da escala FACES evidenciou uma família classificada como ligada, flexível e equilibrada, confirmando um padrão relacional funcional, caracterizado por proximidade afetiva, adaptabilidade e estabilidade, em consonância com o modelo de Olson (2000). Paralelamente, o APGAR Familiar, aplicado individualmente, revelou percepções consistentes de uma família altamente funcional, corroborando a coesão, a satisfação e o apoio mútuo descritos durante as entrevistas. Esta percepção foi também expressa de forma espontânea pelos elementos familiares, após reconhecimento do esforço da família, como sublinhou V: “as coisas por aqui estão muito diferentes, mas temo-nos adaptado e tentamos dar o nosso melhor todos os dias”, ao que D acrescentou: “é bom saber que estamos a ir no caminho certo, mesmo no meio disto tudo”.

Relativamente às crenças familiares, V referiu: “Acreditamos que há algo maior, que há um sentido para as coisas. Eu, pessoalmente, acredito muito na força do amor, da família... Nunca sentimos necessidade de rituais formais, mas há uma espiritualidade...”. Esta percepção traduz a presença de uma espiritualidade vivida no quotidiano e alicerçada nos vínculos afetivos, funcionando como recurso de significado e coesão para todo o sistema. As crenças partilhadas e os sistemas de significado constituem um dos pilares da resiliência familiar, permitindo às famílias enfrentar a adversidade com maior esperança, propósito e capacidade de adaptação (Walsh, 2012). Durante as entrevistas familiares, foram exploradas as narrativas familiares sobre a doença oncológica, assim como os significados atribuídos à transição vivida. A valorização das crenças e significados da família permitiu reforçar a coesão, a esperança e a confiança nas suas próprias capacidades, favorecendo a mobilização de estratégias de coping. Procurou-se apoiar a construção de significados partilhados, reforçando a reorganização das dinâmicas e a resiliência familiar na adaptação ao novo contexto.

Neste enquadramento, cabe ao EEECESF reconhecer e potenciar os recursos internos, articulando-os com os apoios externos disponíveis, de forma a favorecer a adaptação e a preservação do equilíbrio familiar. No contexto desta família, a progressão da doença oncológica implicou uma reorganização do sistema familiar, com redistribuição de papéis e responsabilidades: o cônjuge V assumiu o papel de cuidador principal, interrompendo a sua atividade profissional para prestar cuidados permanentes, enquanto D passou a residir no domicílio familiar para assegurar apoio adicional. Apesar das exigências inerentes, esta configuração foi integrada de forma funcional, sustentada pela forte coesão e capacidade de adaptação já presentes na família.

A complementaridade de papéis e a mobilização de recursos internos e externos constituem pilares fundamentais para a sustentabilidade familiar, permitindo enfrentar situações de elevada complexidade sem comprometer o equilíbrio global (Figueiredo, 2012). Ainda assim, a avaliação funcional evidenciou a necessidade de intervenção no domínio do papel de prestador de cuidados, dada a sobrecarga associada às exigências do cuidar, assumindo-se como foco prioritário dos cuidados de enfermagem.

3.2. Clientes

Cliente

Família

Família

03-03-2025 10:00

- 03-03-2025 10:00 - Família alargada.
- 03-03-2025 10:00 - Família com filhos menores.
- 03-03-2025 10:00 - Ausência de animais domésticos.
- 03-03-2025 10:00 - Membro da família: V.
 - 03-03-2025 10:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Gestor financeiro, Gestor de atividades familiares, Cuidador.
- 03-03-2025 10:00 - Membro da família: D.
 - 03-03-2025 10:00 - Papel do cliente na família: Organizador do funcionamento da casa, Cuidador.
- 03-03-2025 10:00 - Membro da família: T.
 - 03-03-2025 10:00 - Papel do cliente na família: Estudante.

3.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-03-2025 10:00	Papel do prestador de cuidados	17-07-2025 09:00

3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O papel do prestador de cuidados corresponde ao padrão de interações estabelecido na família para apoiar um dos seus elementos quando este se encontra dependente no autocuidado, em consequência da doença (Figueiredo, 2012).

No caso da Família I, M apresenta-se dependente em praticamente todas as áreas de

autocuidado, necessidades que estão asseguradas maioritariamente por V, enquanto cuidador principal, sendo complementado por D no apoio diário, pelo que se considera o conhecimento do papel de prestador de cuidados demonstrado, bem como o comportamento de adesão demonstrado em todas as áreas definidas no MDAIF.

Foi avaliada a perceção da família relativamente às responsabilidades assumidas. Relativamente ao consenso de papéis, à questão “A partilha de tarefas foi negociada entre ambos?”, V e D responderam afirmativamente, confirmando que existe acordo e clareza quanto à divisão das responsabilidades. À questão “Sentem que há necessidade de renegociar essa partilha?”, ambos responderam negativamente, revelando satisfação com a organização estabelecida. V reconheceu o cansaço associado às múltiplas responsabilidades, mas não identifica sentimentos de conflito, nem perceção de incompatibilidade entre os papéis familiares. Pelo contrário, a partilha de tarefas foi descrita como clara e consensual, pelo que não se verificou evidência de conflito de papel. No que respeita à saturação do papel, à questão “Tem sentido algum desconforto físico, psicológico ou emocional associado ao facto de ter de cuidar de M?”, V respondeu afirmativamente, salientando sobretudo o cansaço físico e a falta de tempo para si: “Pouco tempo me sobra para mim. Aliás, tive de vir para casa de baixa, porque não estava a conseguir lidar com tudo”. No entanto, acrescentou: “faria tudo de igual modo e se pudesse, faria ainda mais”. À questão “A vida social tem ficado comprometida?”, V admitiu que praticamente não dispõe de tempo para atividades pessoais ou de lazer, considerando que o foco da sua vida se centra atualmente nos cuidados a M. No seguimento da pergunta “Que atividades sociais tem deixado de fazer?”, V destacou que deixou de frequentar encontros com amigos e de participar em atividades que anteriormente considerava importantes para o seu bem-estar. Referiu, ainda, que a ida à praia, que anteriormente fazia parte da sua rotina, também deixou de acontecer. Quando questionada “Sente algum desconforto físico, psicológico ou emocional associado ao facto de cuidar?”, D respondeu: “Faço tudo com gosto porque é a minha filha, mas custa-me imenso vê-la assim, ela sempre foi uma menina cheia de vida e energia e sei que para ela, estar nesta situação é frustrante e isso deixa-me triste”.

Embora se trate de uma família funcional e coesa, a intensidade e continuidade das exigências de cuidado traduzem-se em sinais de saturação do papel, confirmando a necessidade de intervenção dirigida não apenas ao cuidador principal, mas a todo o sistema familiar. A literatura reforça que, em contextos de doença oncológica avançada, a adaptação familiar depende da mobilização das sinergias internas e externas, de forma a redistribuir responsabilidades e prevenir o isolamento do cuidador (Cotrim, 2023; Ståhl et al., 2024). Apesar da clara divisão de tarefas entre V e D, consensual entre os elementos do agregado familiar, a intensidade e continuidade das exigências de cuidado resultam em sinais evidentes de saturação do papel. Esta constatação sustenta o diagnóstico de papel do prestador de cuidados não adequado por saturação do papel.

Em contextos de doença oncológica avançada, os cuidadores assumem múltiplas funções que

frequentemente conduzem à exaustão física e emocional, sentimentos de culpa e isolamento, com impacto direto na dinâmica familiar (Cotrim, 2023; Wright & Leahey, 2019). Neste sentido, intervenções como a promoção da comunicação expressiva das emoções (Wright & Leahey, 2019), a avaliação das situações geradoras de saturação do papel (Padovani et al., 2018) e o incentivo ao uso de estratégias de coping (Walsh, 2003; Friedemann, 1995) revelam-se essenciais para sustentar a adaptação familiar.

3.4. Conceção de Cuidados

Papel do prestador de cuidados

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do papel do prestador de cuidados demonstrado

03-03-2025 10:00 - Comportamentos de adesão do papel do prestador de cuidados demonstrado

03-03-2025 10:00 - Consenso do papel do prestador de cuidados: Sim

03-03-2025 10:00 - Conflitos do papel do prestador de cuidados: Não

03-03-2025 10:00 - Saturação do papel do prestador de cuidados: Sim

03-03-2025 10:00 - Promover o papel do prestador de cuidados [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Papel do prestado de cuidados não adequado (por saturação do papel) [RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Promover a comunicação expressiva das emoções

03-03-2025 10:00 - Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)

03-03-2025 10:00 - Promover estratégias de coping para o papel

03-03-2025 10:00 - Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família

03-03-2025 10:00 - Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família

03-03-2025 10:00 - Promover o envolvimento da família alargada

17-07-2025 09:00

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do papel do prestador de cuidados demonstrado

17-07-2025 09:00 - Comportamentos de adesão do papel do prestador de cuidados demonstrado

17-07-2025 09:00 - Consenso do papel do prestador de cuidados: Sim

17-07-2025 09:00 - Conflitos do papel do prestador de cuidados: Não

17-07-2025 09:00 - Saturação do papel do prestador de cuidados: Não

3.5. Especificação das intervenções

Promover a comunicação expressiva das emoções

- Criar ambiente seguro e acolhedor. Realizar sessões num local tranquilo, com tempo reservado e sem interrupções, uma vez que a comunicação expressiva exige contexto de segurança emocional para que surja confiança e abertura (Reblin et al., 2019).
- A sessão foi inicialmente realizada no quarto de M, com a presença da família, garantindo a inclusão da utente no momento inicial. Durante a interação, M referiu que, quando fala por mais tempo, se sente muito cansada. Respeitando essa manifestação, foi-lhe perguntado se poderia ser mais confortável para ela que continuássemos a sessão noutro local com os restantes elementos da família, ao que M concordou. Assim, a sessão prosseguiu na sala permitindo dar continuidade à intervenção enquanto se preservou o bem-estar de M. Esta adaptação do espaço e do ritmo da sessão foi essencial para criar condições de segurança e conforto.
- Encorajar a nomeação de emoções (affect labeling), utilizando frases como “O que está a sentir neste momento?”. Rotular emoções reduz a atividade da amígdala e ativa o córtex pré-frontal, facilitando a regulação emocional e diminuição do stress (Lieberman et al., 2007).
- Durante a intervenção, foram utilizadas perguntas abertas para facilitar a identificação e expressão de emoções, como: “O que tem sentido ao longo de todo este processo?”. V, cuidador principal, partilhou com emoção visível: “Sinto dor... uma sensação de perda de uma vida que era boa com a M... mas, ao mesmo tempo, tenho esperança e sinto que estou a cumprir o meu dever”. Esta ambivalência emocional é comum em cuidadores de pessoas com doença oncológica avançada, refletindo simultaneamente luto antecipatório e mecanismos de resiliência.
- Uso de escuta ativa e empática, validando sentimentos. A resposta empática dos profissionais de saúde facilita a abertura emocional (Niederhauser et al., 2025) e a forma como os profissionais respondem às emoções negativas é considerada fulcral pelos cuidadores (Reblin et al., 2019).
- Num dos momentos, D partilhou: “Às vezes sinto que não estou a fazer o suficiente para ajudar”. Foi-lhe oferecida uma resposta empática, reconhecendo o seu empenho e destacando o papel fundamental que desempenha no apoio diário: “Compreendo que se sinta assim, mas o seu envolvimento e dedicação são muito importantes para o bem-estar de M”. Foram também validados os sentimentos expressos e reconhecido o esforço coletivo da família na adaptação à nova realidade. Destacou-se o empenho de todos e a forma como se estavam a reorganizar para responder às necessidades decorrentes da transição que se encontram a vivenciar, o que gerou uma reação visível de alento e tranquilidade nos presentes.

Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)

- Explorar em entrevista as situações geradoras de saturação, questionando sobre tarefas específicas (ex.: higiene, mobilidade, gestão financeira), tempo despendido e impacto

emocional/físico. Os cuidadores que percecionam maior sobrecarga no seu papel têm maior probabilidade de apresentar sintomas físicos (Ahn & Logan, 2022). A duração do cuidado e o nível de dependência do doente como os principais preditores da sobrecarga do cuidador informal (Lindt et al., 2020).

- Durante a sessão, realizada na sala com V, cuidador principal, foram utilizadas perguntas abertas para compreender as fontes de cansaço físico e emocional, como: “Quais têm sido as tarefas mais desafiantes para si no cuidado à M?” e “Como tem sido para si conciliar todos os cuidados com o resto da sua rotina diária?”. V partilhou que sente um profundo sentido de dever no cuidado a M, assumindo para si a responsabilidade de garantir o seu bem-estar e a estabilidade de T, o que o leva frequentemente a colocar as suas próprias necessidades em segundo plano, referindo: “Tudo o que eu faço é por eles”.

Promover estratégias de coping para o papel

- Explorar estratégias de coping já utilizadas. Identificam-se três tipos de estratégias principais de coping utilizadas por indivíduos em situações de transição: esforços intrapessoais (ex.: pensamento positivo, evitar pensamentos negativos); procura de apoio junto de outros (ex.: familiares, profissionais de saúde); e apoio metafísico/espiritual (Shih et al., 2010). Esta abordagem permite a identificação de mecanismos de coping já existentes, permite ao enfermeiro compreender melhor os recursos internos e externos que a pessoa valoriza e usa, sendo um ponto de partida fundamental para promover intervenções mais eficazes e individualizadas.
- Durante a sessão, foram colocadas perguntas abertas como: “O que já o(a) tem ajudado nos momentos mais difíceis?”. V referiu que procura manter-se focado nas necessidades imediatas de M e de T, sem refletir demasiado sobre o futuro, reconhecendo que, por vezes, “não pensar muito, ajuda a seguir em frente”.
- Fomentar o coping saudável: identificar fontes de apoio, reservar pequenos momentos de pausa, sugerir introspeção (ex.: diário emocional). A expressão emocional acompanhada de estratégias de coping adaptativo promove bem-estar emocional e fomenta o autocuidado (Reblin et al., 2019).
- Foram discutidas estratégias para promover pausas e reservar pequenos momentos de autocuidado, valorizando atividades simples que pudessem proporcionar bem-estar. Foi colocada a V uma pergunta aberta: “O que costumava dar-lhe prazer fazer antes, algo simples, só para si?”. V respondeu que gostava de ir ver o mar, atividade que associava à tranquilidade e recarregar energias. Com base nesta partilha, foi sugerida e negociada uma ida à praia como estratégia concreta de autocuidado, incentivando a criação de pequenos momentos que lhe permitissem reconectar-se consigo próprio.
- Ensinar coping ativo/coping centrado no problema. Propor atividades como: pausas regulares para descanso, delimitação de horários, técnicas de respiração ou relaxamento. Estratégias focalizadas em problemas estão associadas à diminuição da sobrecarga, redução da depressão e melhor ajustamento emocional (Teixeira et al., 2018).
- Estimular coping emocional e expressão emocional (emotion-focused). Sugerir opções como partilhar sentimentos com a família, amigos ou profissionais; escrever num diário; utilizar atividade física ou espiritualidade para liberar o impacto emocional, que se têm revelado como estratégias de coping eficazes (Vinci et al., 2019).

- Foram propostas e negociadas estratégias de coping ativo com V e D, com o objetivo de melhorar a gestão das exigências do cuidado e reduzir a sobrecarga. Discutiu-se a possibilidade de criar um plano simples de divisão de horários, permitindo que cada um pudesse ter pequenos períodos para si, destinados ao descanso ou à realização de atividades que lhes proporcionassem bem-estar. Durante a sessão, foram exploradas soluções práticas, como alternar tarefas de maior exigência física, organizar momentos de pausa para cada cuidador e reforçar a importância de reconhecer os próprios limites. A negociação entre V e D foi acolhida de forma positiva, tendo ambos demonstrado abertura para experimentar esta abordagem, com o objetivo de promover um maior equilíbrio entre as necessidades de M e o autocuidado de cada um.
- Encaminhar para grupos de apoio ou terapia. Informar sobre grupos presenciais ou online e aconselhamento psicológico, uma vez que a participação nestes grupos tem sido identificada como benéfica para cuidadores, ajudando na partilha de experiências, na validação emocional e no desenvolvimento de estratégias de coping (Golden & Lund, 2009). No entanto, os grupos de apoio devem ser usados com prudência, uma vez que diversos estudos corroboram a hipótese de que uma maior consciência sobre a realidade da prestação de cuidados, promovida pelos grupos de apoio, pode, paradoxalmente, intensificar sentimentos de ansiedade, depressão e desesperança, ao interferir com o mecanismo de defesa da negação frequentemente utilizado pelos cuidadores (Brackley, 2010).
- Durante a intervenção, foi explorada com V e D a possibilidade de integrar grupos de apoio, contudo, ambos manifestaram preferência por não o fazer neste momento, referindo optar por lidar com as dificuldades no contexto familiar, com o suporte da equipa de saúde. Esta decisão foi respeitada, mantendo-se a abertura para revisitar esta possibilidade futuramente, caso sintam necessidade.

Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família

- A transição associada à doença crónica e incapacitante de um elemento da família exige alterações significativas nos papéis dentro da sua estrutura. A motivação para a redefinição dos papéis pode ser promovida pelo EEECESF através da estratégia de suplementação de papéis, intervenção descrita como facilitadora da adaptação familiar em períodos de transição (Meleis, 2010a). Esta abordagem envolve: clarificação dos papéis existentes e esperados; promoção de empatia e compreensão mútua entre membros da família; utilização de modelagem e ensaio de papéis para ajudar na integração dos novos papéis de forma eficaz. A redefinição de papéis contribui para uma transição saudável, reduzindo sentimentos de inadequação e promovendo a adaptação funcional da família (Meleis, 2010b).
- Durante a intervenção, foi promovida uma reflexão conjunta com V e D sobre os desafios atuais e o impacto da situação clínica de M na dinâmica familiar. Foram utilizadas perguntas abertas, como: “Quais têm sido as maiores dificuldades na gestão de todas estas responsabilidades?” e “O que tem sido mais exigente para cada um de vocês?”. Este momento permitiu explorar perceções, reconhecer necessidades individuais e valorizar os esforços de cada elemento, criando um espaço de empatia e compreensão mútua.

Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família

- A redefinição de papéis é essencial em processos de transição saúde-doença, sendo a suplementação do papel, que integra a clarificação e o desempenho do papel, uma estratégia eficaz (Meleis, 2010a). O processo de negociação de papéis passa por fomentar a empatia e comunicação aberta, promovendo a adaptação funcional da família e reduzindo a probabilidade de insuficiência no desempenho de papéis, que está associada a sofrimento emocional e desorganização familiar. A promoção destas mudanças requer apoio profissional que facilite o reconhecimento e validação de sentimentos, a co-construção de soluções e a antecipação de conflitos na redefinição de papéis.
- No contexto da Família I, foram exploradas as responsabilidades assumidas por V e D e discutidas as dificuldades associadas à gestão dos cuidados a M. V partilhou sentir um profundo sentido de dever no cuidado, assumindo grande parte das tarefas, enquanto D expressou receio de “não estar a fazer o suficiente”. A partir desta reflexão, foi negociado um plano simples de partilha de tarefas, permitindo que cada um pudesse ter pequenos períodos de descanso, favorecendo o autocuidado e a coesão familiar.

Promover o envolvimento da família alargada

- Identificar, em conjunto com o cuidador principal, elementos da família alargada com potencial para prestar apoio.
- Explorar disponibilidade, limitações e expectativas desses familiares em relação aos cuidados.
- Promover momentos de reunião familiar (presenciais ou virtuais) para partilha de informação, expectativas e negociação de tarefas.
- Incentivar o reconhecimento de papéis alternativos à prestação direta de cuidados (ex.: apoio emocional, tarefas domésticas, transporte).
- Em culturas com forte coesão familiar, como a portuguesa, o recurso à família alargada (incluindo avós, tios, primos, vizinhos próximos) contribui significativamente para a resiliência do sistema familiar (Teixeira et al., 2020).
- Durante a intervenção, foi explorada com a família a possibilidade de mobilizar recursos da família alargada para apoiar a gestão dos cuidados a M. V expressou alguma relutância em pedir ajuda, referindo: “Cada um tem a sua vida”. Ainda assim, demonstrou abertura para aceitar apoio, refletindo sobre as possibilidades e os potenciais ganhos decorrentes dessa colaboração. Esta reflexão permitiu identificar recursos disponíveis e reforçar a importância de manter canais abertos de comunicação, valorizando a rede de suporte já existente.

3.6. Síntese relativa ao caso

A adaptação da Família I à nova realidade imposta pelo diagnóstico e evolução da doença de M exigiu uma abordagem centrada no sistema familiar. O MDAIF permitiu identificar áreas prioritárias de intervenção, orientando para a promoção da capacitação da família, do

fortalecimento dos vínculos relacionais e da gestão eficaz do cuidado em fim de vida.

Apesar da evolução desfavorável da doença de M, que limitou a possibilidade de alcançar ganhos mais amplos em saúde familiar, foi possível favorecer a expressão emocional, a negociação de papéis e a mobilização de estratégias de coping ajustadas às necessidades emergentes. A partilha de sentimentos por V — “Sinto dor... uma sensação de perda de uma vida que era boa com a M... mas, ao mesmo tempo, tenho esperança e sinto que estou a cumprir o meu dever” — evidenciou a complexidade emocional vivida, permitindo validar a sua experiência e fortalecer os recursos internos.

Verificaram-se ganhos em saúde familiar, nomeadamente:

- Reforço da comunicação familiar, valorizando a partilha de sentimentos e perceções já existente e criando um espaço seguro para abordar emoções;
- Redução da sobrecarga de V, através da negociação de tarefas com D e da abertura para envolver a família alargada;
- Aumento da perceção de apoio mútuo, com D a referir: “Agora sinto que sei melhor onde posso ajudar”;
- Maior capacidade de coping, incluindo a valorização de momentos de autocuidado, como V partilhou após a sugestão de retomar pequenas pausas: “Ir ver o mar fez-me bem”.

Foi elaborado um questionário de satisfação global com o suporte recebido, construído em formato misto, combinando itens em escala de Likert com questões abertas sobre o impacto das intervenções. Este documento integra o Instrumento de Apoio à Consulta Familiar (Anexo II), concebido como guião de entrevista semiestruturada para a consulta familiar em contexto de doença oncológica.

Os resultados do questionário de satisfação global com o suporte recebido reforçaram os ganhos em saúde familiar, com avaliações de 4 e 5 na totalidade dos itens, destacando a clareza da comunicação, a empatia e a adequação das intervenções. A família valorizou especialmente as orientações práticas sobre a organização da rotina de cuidados, referindo “tornou tudo mais seguro e menos angustiante”. A intervenção contribuiu também para reforçar os vínculos relacionais e para promover uma reorganização mais equilibrada do sistema familiar, aumentando a segurança percebida e a capacidade de enfrentar os desafios associados ao percurso da doença.

A experiência com a Família I representou um momento de crescimento e transformação, consolidando competências especializadas na utilização do MDAIF, na promoção da comunicação expressiva e na negociação de papéis. O acompanhamento desta família permitiu aprofundar o desenvolvimento de competências avançadas do EEECESF, nomeadamente no empoderamento das famílias e na integração de cuidados em contexto de doença oncológica e fim de vida.

4. M

M, 46 anos, empresária, encontra-se atualmente em fase avançada de doença oncológica, com dependência total nas atividades de vida diária. Após o diagnóstico, M manteve-se autónoma por um período de 2 anos, no entanto, após progressão da doença com necessidade de um período longo de internamento, regressou ao domicílio com paraplegia, por compressão medular irreversível. Mais recentemente, tem vindo a apresentar oscilação do estado de consciência, alternando períodos de vigília com episódios de sonolência e obnubilação. Está algaliada por retenção urinária e apresenta úlceras por pressão (UPP) em ambos os calcâneos. Esta fase da doença tem um impacto profundo nas capacidades físicas e cognitivas de M. As limitações físicas, como a paralisia, dificultam a mobilidade e a realização das atividades diárias. A flutuação do estado de consciência afeta a sua capacidade de comunicação e de interação com os outros, tornando mais difícil a expressão de necessidades e sentimentos. Esta situação tem impacto significativo nas dinâmicas familiares, uma vez que a perda progressiva da autonomia tem repercussão nos papéis que desempenhava até à progressão da doença.

4.1. Enquadramento teórico

Como já referido, o glioblastoma é caracterizado por um mau prognóstico, o que exige uma abordagem terapêutica combinada, sendo um diagnóstico devastador tanto para o indivíduo como para a sua família (Ostrom et al., 2023; Tan et al., 2020). O tratamento habitual inclui cirurgia, radioterapia e quimioterapia, complementado com a gestão de sintomas, com o uso de corticosteroides, analgésicos e anticonvulsivantes, de forma a melhorar a qualidade de vida da pessoa (Taphoorn & Bottomley, 2005).

Os sintomas relacionados com a doença e com os tratamentos incluem problemas cognitivos, déficits neurológicos focais, convulsões e sintomas como cefaleias e náuseas e, com a progressão da doença, surgem alterações do estado de consciência, com apatia e/ou sonolência, alterações no humor e perda de autonomia (Day et al., 2016). À medida que o glioblastoma progride, as capacidades cognitivas e funcionais deterioram-se. Esse processo resulta em dependência total nas atividades de vida diária e no agravamento da qualidade de vida do indivíduo, com uma perda gradual de autonomia.

Este percurso teórico reflete-se na evolução clínica de M, que, após um período inicial de autonomia, regressou ao domicílio dependente no autocuidado. A paraplegia e a oscilação do

estado de consciência limitam fortemente a sua capacidade de comunicação e interação com os outros, impactando a forma como expressa necessidades e sentimentos. Apesar das limitações, M demonstrou um estado de aceitação pleno da sua condição, como partilhou numa das sessões: “Sinto-me presa no meu próprio corpo, mas o V ajuda-me a sair”.

A evolução da doença exigiu uma reorganização profunda da dinâmica familiar. V, cuidador principal, assumiu grande parte das responsabilidades associadas aos cuidados, partilhando num dos momentos: “Tudo o que faço é por eles”. Por sua vez, D, mãe de M, expressou preocupação quanto ao seu contributo, afirmando: “Às vezes sinto que não estou a fazer o suficiente para ajudar”. Estes relatos evidenciam o impacto da progressão da doença em todo o sistema familiar, obrigando cada elemento a redefinir papéis, estratégias de coping e formas de se apoiar mutuamente.

Esta fase do percurso clínico de M reforça a necessidade de uma abordagem integrada e sistémica, que contemple simultaneamente a gestão de sintomas, o apoio emocional e a promoção da adaptação familiar, valorizando os recursos existentes e potenciando a coesão do sistema.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 47 anos | Feminino

Cuidador

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Parentesco: cônjuge.

03-03-2025 10:00 - Coabita com a pessoa dependente.

03-03-2025 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

03-03-2025 10:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

03-03-2025 10:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

03-03-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

03-03-2025 10:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

03-03-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

03-03-2025 10:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

03-03-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

03-03-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para posicionar

03-03-2025 10:00 - Dispositivo: Cama articulada - suficiente para assegurar na totalidade.

03-03-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

03-03-2025 10:00 - suficiente para assegurar na totalidade.

03-03-2025 10:00 - Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

4.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Cateter urinário

03-03-2025 10:00 - Características do dispositivo: sonda foley siliconada 16Fr.

03-03-2025 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

03-03-2025 10:00 - Transparência da urina: Límpida.

03-03-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de infeção do sistema urinário

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de infeção do sistema urinário [RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de infeção do sistema urinário

4.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

A prestação de cuidados a M implica a gestão de intervenções terapêuticas múltiplas, incluindo a administração de medicação, a monitorização de dispositivos invasivos e a implementação de

medidas comportamentais para promoção do conforto e prevenção de complicações. Estas necessidades, frequentemente assumidas pelos cuidadores familiares, requerem intervenções personalizadas lideradas por enfermeiros, centradas na capacitação, supervisão e reforço de competências, de modo a garantir a segurança clínica e reduzir complicações (Sevillano-Garayoa et al., 2025). Neste âmbito, a intervenção do EEECESF enquadra-se nas suas competências específicas, que incluem a monitorização das respostas individuais e familiares em situações complexas de saúde e doença. Deste modo, assegura não apenas a vigilância clínica, mas também a capacitação da família, promovendo a continuidade e a segurança dos cuidados no domicílio.

No contexto da Família I, V, cuidador principal, tem um papel ativo na administração e gestão da terapêutica prescrita. Durante a intervenção, foi possível confirmar que V possui conhecimentos consolidados sobre o regime medicamentoso de M, referindo: “Ó Enfermeira, estou tão habituado... isto agora é bem mais simples; quando ela estava nos tratamentos era muito mais complexa, agora nem um terço”.

A cateterização vesical, sendo necessária em situações de retenção urinária, deve ser acompanhada da aplicação rigorosa de boas práticas de controlo da infeção. De acordo com a Norma n.º 019/2015 da Direção-Geral da Saúde, atualizada a 29 de agosto de 2022, relativa ao “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”, quando o cateterismo não pode ser evitado, é imperativo assegurar a técnica asséptica na inserção e manipulação do cateter e do sistema de drenagem. Deve ainda ser garantida a manutenção de um circuito fechado, a higiene diária do meato urinário, e o correto posicionamento do saco coletor abaixo do nível da bexiga, que deve ser esvaziado sempre que atinja dois terços da sua capacidade. A norma sublinha ainda a importância da educação aos cuidadores, como medida fundamental para a prevenção da infeção urinária associada ao cateterismo. O EEECESF tem um papel ativo na vigilância dos cuidados ao dispositivo e na capacitação do cuidador, promovendo o ensino das medidas essenciais de prevenção de infeção urinária. O cuidador principal (V) já detinha conhecimento prévio sobre os cuidados associados ao cateter vesical, adquiridos no seguimento do intermanento hospitalar. Assim, a intervenção do EEECESF centrou-se na validação dessas competências e no reforço de orientações-chave, garantindo a atualização das recomendações de acordo com as boas práticas atuais. Foi realizada uma demonstração prática, convidando V a explicar os passos que seguia para higienização e manutenção do dispositivo, permitindo confirmar que aplicava corretamente as orientações. V referiu: “Já faço isto há algum tempo, mas ajuda confirmar que estou a fazer bem”. Esta validação aumentou a sua confiança e autonomia, ao mesmo tempo que reforçou a segurança dos cuidados prestados no domicílio. Foi incentivada a participação de D na monitorização do dispositivo, de modo a distribuir responsabilidades e reduzir a sobrecarga emocional e física de V, assegurando uma abordagem partilhada e colaborativa.

Dada a condição clínica de M, com paraplegia e dependência total nas atividades de vida diária,

foram também reforçadas orientações como: mudanças de posicionamento para prevenção de úlceras por pressão; higiene corporal adaptada, para promover conforto e dignidade; gestão de sinais de fadiga cognitiva e limitação de interações prolongadas, respeitando os seus limites; estratégias de economia de energia, orientando a família para ajustar o ambiente e a rotina de cuidados. A presença de úlceras por pressão nos calcâneos motivou a revisão de cuidados locais de prevenção e alívio da pressão, promovendo a utilização adequada dos dispositivos recomendados.

A intervenção do EEECESF, ao assegurar simultaneamente a vigilância clínica e a capacitação da família, contribuiu para aumentar a confiança e a autonomia dos cuidadores, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados no domicílio. O incentivo na partilha de responsabilidades no cuidados de M, procurou promover uma partilha mais equilibrada das tarefas de cuidado, diminuindo a sobrecarga do cuidador principal. Ao potenciar a perceção de competência de cada elemento, este envolvimento reforçou a coesão e a colaboração no seio familiar, valorizando os contributos individuais para o funcionamento global do sistema familiar.

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-03-2025 10:00	Consciência	
03-03-2025 10:00	Eliminação intestinal	
03-03-2025 10:00	Pele e mucosas	
03-03-2025 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os défices neurológicos focais progressivos e declínio cognitivo são sintomas prementes no glioblastoma, agravando com a progressão da doença ou podendo advir dos efeitos dos tratamentos, como a radioterapia e quimioterapia (Fritz et al., 2016). A oscilação ou alteração do estado de consciência é uma das principais consequências do glioblastoma, especialmente à medida que a doença progride. É essencial vigiar o estado de consciência de forma a prevenir complicações e adequar os cuidados prestados. No contexto da Família I, foi monitorizado o estado de consciência de M, com registo da sua evolução clínica, de modo a prevenir complicações e adequar os cuidados prestados. Foi reforçado junto da família que o estado de consciência poderia sofrer alterações ao longo da evolução da doença, aspeto para o qual já se encontravam particularmente sensibilizados, dada a experiência prévia de M antes da realização da DVP. Este reforço contribuiu para consolidar conhecimentos e aumentar a segurança da

família na interpretação destas manifestações clínicas.

A possível oscilação do estado de consciência no glioblastoma, associada ao envolvimento das estruturas neurológicas responsáveis pela deglutição, podem comprometer a segurança da via oral e aumentar o risco de aspiração. Há, assim, um possível comprometimento da ingestão adequada de alimentos ou fármacos, com um aumento do risco de aspiração. Três meses antes da morte, 7,5% dos doentes com glioma de alto grau apresentam disfagia, aumentando para 24,5% na última semana de vida (Fritz et al., 2016). Foi abordada com a família a importância de adotar medidas preventivas em contexto domiciliário, nomeadamente cuidados na administração da medicação oral e atenção a sinais precoces de fadiga ou alteração da deglutição, de modo a reduzir o risco de aspiração. Esta orientação contribuiu para aumentar a segurança dos cuidadores e a confiança no desempenho do seu papel.

A paraplegia, neste caso causada por metastização lombar, provoca défice motor grave e dependência funcional total. Esta limitação aumenta significativamente o risco de complicações secundárias, como UPP, que se desenvolvem em cerca de um terço das pessoas com lesão medular, sobretudo devido à imobilidade prolongada e às alterações sensoriais, o que exige estratégias de posicionamento e mobilização adaptadas (Shiferaw et al., 2020). No caso de M, foram identificadas duas UPP nos calcâneos. Foi realizada avaliação da integridade cutânea nas visitas domiciliárias, tendo a família sido capacitada para realizar reposicionamento frequente e para usar estratégias de alívio de pressão com recurso a dispositivos adequados, de modo a prevenir agravamento das lesões e promover o conforto. A capacitação para os cuidados cutâneos permitiu uma partilha equilibrada de responsabilidades entre V e D. D assumiu pequenas tarefas de vigilância da pele, ajustadas às suas possibilidades, o que favoreceu a participação ativa sem gerar sobrecarga acrescida. Este envolvimento aumentou a confiança da família na sua capacidade de cuidar de M e reforçou a perceção de apoio mútuo.

A imobilidade prolongada é um fator de risco independente para o desenvolvimento de obstipação, frequentemente observada em pessoas acamadas ou com mobilidade severamente comprometida. A sua prevenção e tratamento precoce são essenciais para promover o conforto, evitar dor abdominal e reduzir o risco de complicações como fecalomas (Lee et al., 2025). M já apresentava tendência para obstipação antes da doença. Foi realizada avaliação da regularidade do trânsito intestinal e reforçadas orientações à família sobre medidas preventivas, tais como a manutenção de hidratação adequada, vigilância dos hábitos intestinais e estratégias simples de promoção da motilidade. Verificou-se que V e D estavam pouco sensibilizados para o risco de obstipação e fecalomas, pelo que a intervenção contribuiu para aumentar o conhecimento sobre a importância da vigilância e da adoção de medidas preventivas, fortalecendo a segurança da família na gestão deste aspeto dos cuidados.

A manutenção adequada do cateter vesical, conforme preconizado na Norma n.º 019/2015 da Direção-Geral da Saúde, atualizada a 29 de agosto de 2022, é crucial para reduzir o risco de

complicações associadas ao seu uso. A capacitação e o envolvimento do cuidador na aplicação destas práticas são fundamentais para a prevenção de eventos adversos (Mangal et al., 2021). Em M, portadora de cateter urinário, foi realizada avaliação das condições do dispositivo e do padrão de eliminação urinária. Uma vez que V já detinha experiência na gestão do cateter, foram validados os seus conhecimentos e reforçadas recomendações-chave. O envolvimento de D na vigilância do cateter urinário promoveu a partilha equilibrada de responsabilidades, reduzindo a perceção de sobrecarga em V e reforçando o apoio mútuo na gestão do cuidado, fortalecendo a capacidade da família em gerir a situação no domicílio, com acompanhamento próximo do EEECESF.

4.5. Conceção de Cuidados

Consciência

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Consciente.

03-03-2025 10:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

03-03-2025 10:00 - Consciência comprometida

03-03-2025 10:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

17-07-2025 09:00 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [PIOROU].

03-03-2025 10:00 - Resposta verbal: orientada.

17-07-2025 09:00 - Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

17-07-2025 09:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Reflexo pupilar

03-03-2025 10:00 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

17-07-2025 09:00 - Reflexo pupilar

17-07-2025 09:00 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

03-03-2025 10:00 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

17-07-2025 09:00 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

03-03-2025 10:00 - Ausência de vômito em jato.

17-07-2025 09:00 - Ausência de vômito em jato [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução da consciência

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da consciência

03-03-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: detetar alterações da consciência

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao

compromisso da consciência: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância face ao compromisso da consciência [RESOLVIDO]

17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: detetar alterações da consciência

03-03-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da aspiração

03-03-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: prevenção da úlcera de pressão

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Capacidade do cuidador para posicionar

03-03-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Autoeficácia do cuidador para posicionar

03-03-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão [RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para posicionar

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para posicionar

Eliminação intestinal

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Ausência de dejeções.

03-03-2025 10:00 - Número de defecações por semana: 2.

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

03-03-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: gestão da obstipação

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime de exercício: facilitador.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da obstipação

17-07-2025 09:00

17-07-2025 09:00 - Número de defecações por semana: 4.

Pele e mucosas

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

03-03-2025 10:00 - Úlcera de pressão

03-03-2025 10:00 - Localização da úlcera de pressão

03-03-2025 10:00 - Calcanhar Esquerda(o)

03-03-2025 10:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 4.00 cm.

03-03-2025 10:00 - Ausência de exsudado.

03-03-2025 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

03-03-2025 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

03-03-2025 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar:

- ausente.
- 03-03-2025 10:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epitelização.
- 03-03-2025 10:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.
- 03-03-2025 10:00 - Ausência de trajetos fistulosos.
- 03-03-2025 10:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.
- 03-03-2025 10:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.
- 17-07-2025 09:00 - Localização da úlcera de pressão
- 17-07-2025 09:00 - Calcanhar Esquerda(o)
- 17-07-2025 09:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 3.00 cm.
- 17-07-2025 09:00 - Ausência de exsudado.
- 17-07-2025 09:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 17-07-2025 09:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 17-07-2025 09:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
- 17-07-2025 09:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epitelização.
- 17-07-2025 09:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.
- 17-07-2025 09:00 - Ausência de trajetos fistulosos.
- 17-07-2025 09:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.
- 17-07-2025 09:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.
- 03-03-2025 10:00 - Calcanhar Direita(o)
- 03-03-2025 10:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 3.00 cm.
- 03-03-2025 10:00 - Ausência de exsudado.
- 03-03-2025 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 03-03-2025 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 03-03-2025 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
- 03-03-2025 10:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epitelização.
- 03-03-2025 10:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.
- 03-03-2025 10:00 - Ausência de trajetos fistulosos.
- 03-03-2025 10:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.
- 03-03-2025 10:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.
- 17-07-2025 09:00 - Calcanhar Direita(o)
- 17-07-2025 09:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 3.00 cm.
- 17-07-2025 09:00 - Ausência de exsudado.
- 17-07-2025 09:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 17-07-2025 09:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
- 17-07-2025 09:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

17-07-2025 09:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de epiteliação.

17-07-2025 09:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

17-07-2025 09:00 - Ausência de trajetos fistulosos.

17-07-2025 09:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.

17-07-2025 09:00 - Tecido / estrutura afetada: pele / tecido cutâneo.

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução da úlcera de pressão

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da úlcera de pressão

03-03-2025 10:00 - Promover cicatrização da úlcera de pressão

03-03-2025 10:00 - Aplicar dispositivo de alívio da pressão

03-03-2025 10:00 - Aplicar creme

03-03-2025 10:00 - Promover papel do cuidador: gestão da cicatrização da úlcera de pressão

03-03-2025 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da úlcera de pressão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da úlcera de pressão: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da úlcera de pressão [RESOLVIDO]

17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da úlcera de pressão [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre cuidados à úlcera de pressão [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicações da úlcera de pressão [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de alerta [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da cicatrização da úlcera de pressão

4.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- A avaliação da consciência deve ser sistemática, recorrendo a escalas validadas como a Escala de Coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale - GCS), de modo a detetar precocemente alterações. A GCS é um instrumento validado que permite monitorizar, de forma sistemática, alterações no nível de consciência, sendo considerada uma referência internacional para a avaliação neurológica (Teasdale et al., 2014).

- Entre os principais sinais de alteração incluem-se sonolência não habitual, lentificação das respostas, desorientação, défices motores novos e alterações pupilares, cuja vigilância regular é fundamental independentemente da etiologia (Royal College of Physicians, 2017).

Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da obstipação

- Explorar se o cuidador implementa medidas de prevenção e gestão da obstipação, como assegurar hidratação adequada, incentivar dieta rica em fibras (quando tolerada), realizar mobilização passiva e vigiar hábitos intestinais (Librach et al., 2010).
- Observar relatos do cuidador sobre situações práticas, verificando se adota estratégias adequadas quando há sinais de obstipação (ex.: dor ou distensão abdominal, esforço defecatório, ausência de dejeções por vários dias). Permite confirmar se o conhecimento transmitido foi convertido em prática, aspeto que está associado à redução do risco de fecalomas e a maior conforto da pessoa cuidada (Tradounsky, 2024).

Avaliar evolução do papel do cuidador: detetar alterações da consciência

- Observar a capacidade do cuidador de reconhecer sinais precoces de alteração do estado de consciência, de forma a perceber se este integra o conhecimento transmitido e o aplica na prática diária, fortalecendo a segurança da pessoa cuidada e reduzindo o risco de complicações.

Avaliar evolução da consciência

- Avaliar oscilações da GCS – NIC: 2620 (Wagner et al., 2024).

Aplicar dispositivo de alívio da pressão

- Selecionar e aplicar dispositivos adequados – NIC: 3540 (Wagner et al., 2024).
- A utilização de almofadas, talas ou calcanheiras de alívio de pressão contribui para reduzir a carga mecânica exercida sobre as proeminências ósseas, prevenindo a progressão ou o aparecimento de úlceras por pressão. O reposicionamento associado ao uso de superfícies de apoio adequadas diminui significativamente a incidência de lesões cutâneas relacionadas com a pressão (European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP] & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA], 2019).
- Avaliar eficácia e conforto do dispositivo – NIC: 3570 (Wagner et al., 2024).
- Após aplicação, observar a tolerância da pessoa e verificar se o dispositivo mantém a pele íntegra e o posicionamento adequado, garantindo simultaneamente conforto e segurança.

Aplicar creme

- Aplicar produtos de barreira ou hidratantes na pele em risco – NIC: 3584 (Wagner et al., 2024).
- A utilização de cremes barreira à base de óxido de zinco ou preparados com ácidos gordos hiperoxigenados reduz a maceração, protege contra a humidade e mantém a integridade cutânea. A evidência demonstra que a hidratação regular da pele previne a secura, fissuração e reduz o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em áreas vulneráveis (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019). Monitorizar a resposta cutânea: após a aplicação, deve-se observar a tolerância da pele ao produto, ajustando a frequência ou o

tipo de creme de acordo com as necessidades individuais e evitando reações adversas.

Avaliar evolução da úlcera de pressão

- Avaliar características da lesão cutânea - NIC: 3520 (Wagner et al., 2024).
- A avaliação regular deve contemplar a localização, dimensão, profundidade, exsudado, coloração e sinais de infeção. A utilização de classificações validadas, como a da European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), permite uniformizar a linguagem e orientar as estratégias de prevenção e tratamento (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Avaliar a existência de alterações intestinais preexistentes - NIC: 0430 (Wagner et al., 2024).
- Avaliar a frequência das dejeções e características das fezes - NIC: 0450 (Wagner et al., 2024).
- Estes são aspetos fundamentais para detetar precocemente alterações e prevenir complicações como fecalomas, especialmente em doentes com mobilidade reduzida (Librach et al., 2010).

Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da cicatrização da úlcera de pressão

- Explorar se o cuidador aplica medidas adequadas na rotina diária, como reposicionamento frequente, utilização correta de dispositivos de alívio de pressão e manutenção da higiene local da pele (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).
- Observar se o cuidador descreve ações específicas ligadas ao tratamento da úlcera, incluindo a vigilância de exsudado, coloração da ferida e sinais de infeção, e se comunica atempadamente alterações à equipa de saúde. A participação ativa do cuidador no tratamento das UPP está associada a melhores resultados clínicos e maior conforto para a pessoa dependente (Jaul et al., 2018).

Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de infeção do sistema urinário

- Explorar se o cuidador aplica corretamente as medidas preventivas, como manter o circuito fechado do sistema de drenagem, assegurar que o saco coletor está sempre abaixo do nível da bexiga, realizar a higiene adequada do meato urinário e esvaziar o saco quando atinge dois terços da capacidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).
- Verificar se o cuidador identifica sinais precoces de complicações, como alteração da cor, odor ou turbidez da urina, permitindo perceber se o conhecimento transmitido foi efetivamente convertido em prática, reforçando a segurança de M e reduzindo o risco de infeções associadas ao cateter urinário, aspeto fundamental em cuidados domiciliários (Mangal et al., 2021).

Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da aspiração

- Explorar se o cuidador compreende a relação entre alteração do estado de consciência e risco de aspiração.
- Verificar se o cuidador aplica medidas preventivas da aspiração.
- Observar relatos do cuidador sobre situações concretas, verificando se ajusta as práticas sempre que identifica risco acrescido, aumentando a confiança e segurança na gestão domiciliária e prevenindo complicações potencialmente graves.

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão

- Explorar o conhecimento do cuidador acerca de medidas preventivas, como o reposicionamento frequente, a utilização de dispositivos de alívio de pressão, a hidratação da pele e a observação diária das proeminências ósseas (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).
- Verificar se o cuidador integra essas orientações na prática diária, através da descrição de exemplos de cuidados realizados e da identificação de sinais de alerta precoces. A capacitação do cuidador relaciona-se com a diminuição da incidência de úlceras por pressão em contexto domiciliário (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).

Ensinar cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão

- Explicar a importância do reposicionamento frequente (pelo menos a cada 2 horas em pessoas totalmente dependentes), demonstrando técnicas seguras para aliviar pontos de pressão (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).
- Ensinar o uso adequado de dispositivos de alívio de pressão, como almofadas ou calcanheiras, reforçando a necessidade de verificar se estão corretamente posicionados.
- Capacitar o cuidador para vigiar diariamente a pele, identificando sinais precoces de lesão (vermelhidão persistente, alterações na temperatura ou consistência da pele).
- Reforçar a importância da nutrição e hidratação adequadas, fatores que favorecem a integridade cutânea e a cicatrização.

Ensinar cuidador sobre sinais de alerta

- Explicar sinais de alarme gerais, como febre, agravamento rápido da lesão, presença de tecido necrótico ou sinais sistémicos de infeção (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).
- Reforçar a necessidade de comunicar alterações suspeitas à equipa de saúde para atuação precoce.

Ensinar cuidador sobre sinais de complicações da úlcera de pressão

- Ensinar sobre identificação de sinais precoces de complicação, como aumento do exsudado, mau odor, rubor intenso ou dor crescente, que podem indicar infeção (Jaul et al., 2018).
- Reforçar a necessidade de comunicar alterações suspeitas à equipa de saúde para atuação precoce.

Ensinar cuidador sobre cuidados à úlcera de pressão

- Ensinar técnicas básicas de higiene da pele e da ferida, reforçando a importância da limpeza suave, secagem adequada e utilização correta de produtos recomendados (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da úlcera de pressão

- Explorar se o cuidador identifica fatores que favorecem ou dificultam a cicatrização, como reposicionamento frequente, nutrição adequada, hidratação, higiene local e utilização de dispositivos de alívio de pressão (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019).
- Questionar sobre o reconhecimento de sinais precoces de complicações (aumento do exsudado, alterações na coloração ou odor da lesão), verificando se sabe quando recorrer

ao apoio profissional.

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal

- Explorar se o cuidador reconhece sinais e sintomas de obstipação, como dor abdominal, distensão, esforço defecatório ou sensação de evacuação incompleta (Tradounsky, 2024).
- Verificar se o cuidador reconhece a importância de monitorizar a frequência, consistência, volume e cor das fezes, de modo a identificar precocemente alterações (Tradounsky, 2024). A prevenção de complicações como fecalomas é um aspeto fundamental em contexto domiciliário e de doença avançada (Librach et al., 2010).

Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal

- Ensinar o cuidador a observar e registar parâmetros básicos da eliminação intestinal (frequência, consistência, formato, volume e cor das fezes), pois alterações nesses indicadores podem sinalizar obstipação ou outras complicações (Tradounsky, 2024).
- Sensibilizar para sinais de alarme, como dor abdominal, distensão, esforço excessivo ou ausência de dejeções por vários dias, que exigem comunicação imediata com a equipa de saúde (Librach et al., 2010).

Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

- Ensinar sobre a relação entre alteração do estado de consciência e risco de aspiração.
- Ensinar sobre medidas preventivas da aspiração, como manter a pessoa em posição com o tronco elevado durante a ingestão oral, utilizar inclinação lateral, manipulação da cabeça (inclinar o queixo, rotação da cabeça) ou combinações destes movimentos, administrar líquidos de forma lenta e observar sinais de fadiga durante a alimentação (Kagaya et al., 2011).

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração

- Explorar se o cuidador apreendeu a informação sobre o risco de aspiração associado à alteração do estado de consciência.

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência

- Explorar a compreensão do cuidador após a orientação recebida – NIC: 5602 (Wagner et al., 2024).
- Questionar sobre os sinais que considera relevantes vigiar, como sonolência não habitual, lentificação das respostas, desorientação ou alterações pupilares, permite identificar lacunas no conhecimento.
- Observar a aplicação prática do conhecimento. A vigilância de alterações da consciência por familiares em contexto domiciliário pode reduzir o risco de complicações e aumentar a segurança clínica (Royal College of Physicians, 2017).

Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência

- Ensinar sinais precoces de alteração do estado de consciência, como sonolência excessiva, lentificação das respostas ou desorientação (Royal College of Physicians, 2017).

Ensinar cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário

- Ensinar as medidas de prevenção da infeção urinária associadas à presença do cateter vesical, constantes na Norma n.º 019/2015 da Direção-Geral da Saúde.

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário

- Explorar se o cuidador identifica as estratégias de prevenção de infeção do sistema urinário, associadas à presença de cateter urinário.

4.7. Síntese relativa ao caso

O acompanhamento de M evidenciou a complexidade do impacto da doença oncológica avançada no indivíduo e no sistema familiar. A progressão do glioblastoma resultou em dependência total, exigindo vigilância contínua e cuidados especializados nos domínios da consciência, eliminação intestinal, pele e mucosas e gestão do cateter vesical. A intervenção centrada na capacitação dos cuidadores possibilitou ganhos claros em saúde familiar: aumentou a segurança na prestação dos cuidados, promoveu a partilha equilibrada de responsabilidades entre V e D e fortaleceu a coesão familiar no enfrentamento das exigências do quotidiano.

A verbalização de D “Agora sinto-me mais segura, sei que estou a fazer bem”, traduz a confiança adquirida ao longo do processo, após ter sido capacitada para pequenas tarefas de vigilância. Já V, cuidador principal, beneficiou do envolvimento progressivo de D, que permitiu aliviar a sua sobrecarga emocional. Ambos desenvolveram competências para cuidar de M com maior eficácia e segurança. Estas mudanças demonstram a capacidade da família de se adaptar à nova realidade, preservando o conforto de M e promovendo a sua qualidade de vida em contexto domiciliário.

A intervenção possibilitou desenvolver competências do EEECESF, cuidando simultaneamente da família enquanto unidade e de cada um dos seus elementos, através do ensino estruturado de medidas preventivas, da monitorização dos cuidados e da valorização dos recursos familiares. A experiência com M reforçou a importância de integrar os cuidadores como parceiros ativos no processo, consolidando a prática especializada em ESF em contextos de elevada complexidade clínica e emocional.

Desta forma, ficou evidente o papel do EEECESF na articulação entre a intervenção individual dirigida a M e a capacitação da família, potenciando a segurança, a partilha de responsabilidades e a confiança na gestão do cuidado no domicílio.

5. V

V, 50 anos, educador de infância, é o cônjuge de M e pai de T. Desde outubro de 2024, suspendeu a sua atividade profissional para assumir o papel de cuidador principal de M, acumulando também responsabilidades domésticas e parentais. Enfrenta mudanças significativas nos seus papéis familiares e rotinas diárias, associadas a uma sobrecarga física e psicológica marcada. Apesar do desgaste, V procura preservar o funcionamento da casa e a estabilidade emocional de T, frequentemente silenciando as suas próprias necessidades.

5.1. Enquadramento teórico

O papel de cuidador principal, frequentemente assumido por um cônjuge em situações de doença crónica avançada, implica alterações profundas na organização familiar, exigindo redistribuição de papéis e adaptação a novas rotinas (Wright & Leahey, 2019). Estas mudanças podem originar sobrecarga física e emocional, com impacto na saúde do cuidador e na dinâmica familiar (Stenberg et al., 2010). A literatura descreve ainda que os cuidadores de pessoas com tumores cerebrais enfrentam exigências acrescidas devido a sintomas neurológicos, défices funcionais e alterações cognitivas do doente (Schubart et al., 2008). Estas condições aumentam a necessidade de apoio, não apenas centrado no doente, mas abrangendo toda a unidade familiar, promovendo recursos de coping e resiliência. No caso de V, conforme referido anteriormente, para além de cuidador principal da esposa M, desempenha também o papel de procurador de cuidados de saúde. Esta dupla função conferiu-lhe responsabilidades acrescidas na tomada de decisão e acentuou o peso emocional, associado à vivência de um processo de luto antecipatório perante a evolução irreversível da doença. Este fenómeno caracteriza-se pela angústia, pela antecipação da perda e por um esforço emocional prolongado, com impacto significativo na saúde física e mental dos familiares (Coelho et al., 2019).

A suspensão da sua atividade profissional para prestar cuidados permanentes implicou ainda uma reorganização das rotinas familiares e a acumulação de responsabilidades domésticas e parentais relativamente ao filho adolescente. Durante as entrevistas, V verbalizou: “Quero manter a vida do meu filho o mais normal possível” e “Não me posso ir abaixo, senão isto desmorona”. Estas expressões revelam a tentativa consciente de preservar a estabilidade familiar, ao mesmo tempo que silencia as suas próprias necessidades. A avaliação funcional identificou como foco de atenção o domínio do papel do prestador de cuidados, evidenciando

um padrão de sobrecarga física e psicológica. No entanto, V demonstrou competências adequadas no desempenho das tarefas de cuidado, validando conhecimentos sobre higiene, eliminação, gestão de cateter vesical, mobilização e administração da medicação de M. Referiu: “Sei que estou a fazer bem, mas às vezes sinto que não aguento este peso sozinho”.

No genograma, V surge representado como cônjuge de M e pai de T, ocupando uma posição central na manutenção do sistema familiar. Esta centralidade traduz-se não apenas na gestão quotidiana da casa e no apoio direto a M, mas também na preservação da estabilidade emocional de T, assegurando a continuidade do funcionamento familiar apesar da doença. A avaliação dos sistemas mais amplos, representada no ecomapa, evidenciou uma rede limitada de apoio formal, destacando-se o acompanhamento da equipa de cuidados paliativos e de CSP, percecionados como apoios positivos e consistentes, sobretudo no controlo de sintomas de M e na orientação dos cuidados. O suporte informal é assegurado maioritariamente pela mãe de M (D), que reside com a família, constituindo a principal fonte de suporte prático e emocional. A verbalização de V “Tenho medo de a sobrecarregar, porque ela também já não é nova”, reflete simultaneamente gratidão e preocupação pela intensidade desse apoio.

A aplicação da CQOLC a V resultou numa pontuação global de 45/132, revelando um impacto negativo acentuado na sua qualidade de vida. Na dimensão sobrecarga emocional, obteve 6/52 pontos, valor que reflete sofrimento psicológico intenso. Quando questionado “Que sentimentos têm sido mais frequentes desde o início deste processo?”, respondeu: “Tem sido uma mistura... amor, tristeza, medo, culpa... Há dias em que o peso é muito... e parece que estou a caminhar num fio.”. As perturbações ligadas ao cuidado (10/28) ilustram o impacto profundo na rotina diária. À questão “De que forma a sua rotina diária foi afetada desde o início da doença do seu familiar?”, referiu: “Desde o início... mudou tudo. (...) Agora estou de baixa, levanto-me várias vezes à noite para ajudá-la... tento manter tudo o mais normal possível para o nosso filho. Mas o meu tempo... desapareceu. Não me lembro da última vez que fiz algo só para mim.”. As implicações pessoais do cuidado (9/20) revelam limitações na vida social e profissional. Questionado “Como tem sido conciliar os cuidados com a sua vida profissional/social?”, respondeu: “Nós sempre fomos muito sociais... jantares com amigos, viagens... e agora mudou tudo. As pessoas foram afastando-se... sinto falta, mas parece outro mundo.”. Apesar disso, a dimensão adaptação positiva registou 20/32 pontos, sugerindo mecanismos de coping e resiliência. Quando questionado “Há algo que tenha aprendido sobre si próprio(a) desde que começou a cuidar do seu familiar?”, partilhou: “Descobri uma força que não sabia que tinha... mesmo nos piores dias, há espaço para gratidão... sinto-me grato por poder cuidar dela. Porque sei que, no fundo, estou a honrar o que somos.”. Estes resultados convergem com as entrevistas familiares, nomeadamente na expressão “Não me posso ir abaixo, senão isto desmorona”, que traduz simultaneamente a consciência da sobrecarga e a motivação para manter o equilíbrio familiar. Os resultados do CQOLC e os dados obtidos nas entrevistas reforçam, assim, a evidência de que V se encontra em situação marcada por grande impacto

emocional.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 51 anos | Masculino

5.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-03-2025 10:00	Emoção	

5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

No contexto de cuidar de um ente querido com glioblastoma avançado, é comum que o cuidador principal, frequentemente o cônjuge, experiencie uma sobrecarga emocional significativa, caracterizada por luto antecipatório, tristeza, ansiedade, depressão e isolamento social. Os cuidadores de pessoas com cancro terminal apresentam uma prevalência de depressão superior a 40% e de ansiedade próxima dos 50%, evidenciando o impacto profundo deste papel no seu bem-estar psicológico (Areia et al., 2019). Esta sobrecarga associa-se a elevados níveis de stress, fadiga e sintomas depressivos, frequentemente agravados pela intensidade dos cuidados e pela ausência de suporte adequado (Abdollahpour et al., 2012). No caso de V, foi identificado como foco de atenção o domínio da emoção, com indícios de humor depressivo. A depressão é altamente prevalente entre cuidadores de pessoas com cancro, afetando cerca de 42% desta população a nível global, independentemente da região geográfica (Bedaso et al., 2022). Esta alteração ficou evidente na sua verbalização durante as entrevistas, em que V referiu “Sei que estou a fazer bem, mas às vezes sinto que estou a perder o chão”, bem como nos resultados da CQOLC, em que obteve apenas 6/52 pontos na dimensão Sobrecarga Emocional, refletindo sofrimento psicológico marcado.

V verbalizou: “É como ver a pessoa que mais amo a desaparecer aos bocadinhos”, expressão

que traduz a dor associada à percepção da perda iminente e a impotência perante a deterioração progressiva de M, compatível com manifestações de luto antecipatório.

O luto antecipatório, entendido como a resposta emocional à percepção da perda iminente, é comum neste contexto e pode acarretar sofrimento psicológico e físico significativo, bem como desgaste emocional (Yi et al., 2023). Em cuidadores de doentes com cancro, cerca de 25,9% apresentam risco elevado de luto antecipatório complicado (Areia et al., 2019). Intervenções estruturadas, como programas de dignidade familiar e escrita expressiva, têm demonstrado eficácia na redução dos níveis de luto antecipatório e na promoção de estratégias adaptativas de coping (Ghezeljeh et al., 2023).

Estas manifestações enquadram-se no conceito de transições situacionais, nas quais a progressão de uma doença grave e incapacitante gera alterações profundas nas rotinas e papéis familiares, exigindo a mobilização de estratégias de coping e de suporte emocional (Meleis, 2010a). V encontra-se atualmente em acompanhamento psicológico especializado, o que constitui um recurso protetor relevante. Ainda assim, o papel do EEECESF é determinante na monitorização da sua adaptação, na promoção de recursos internos de coping e na mobilização de redes de suporte que favoreçam a resiliência familiar.

5.4. Conceção de Cuidados

Emoção

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

03-03-2025 10:00 - Sem indícios de euforia.

03-03-2025 10:00 - Não verbaliza ansiedade.

03-03-2025 10:00 - Sem manifestação de inquietação.

03-03-2025 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

03-03-2025 10:00 - Sem manifestação de pânico .

03-03-2025 10:00 - Especificação da perda: Identifica-se vivência de luto antecipatório, evidenciado por manifestações de tristeza, angústia e dificuldades em lidar com a iminência da perda do elemento familiar com doença..

03-03-2025 10:00 - Não manifesta negação da perda.

03-03-2025 10:00 - Manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

03-03-2025 10:00 - Humor depressivo

03-03-2025 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração.

17-07-2025 09:00 - Desesperança e pessimismo, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução do humor

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

03-03-2025 10:00 - Facilitar atividades de autocuidado

03-03-2025 10:00 - Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

03-03-2025 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

03-03-2025 10:00 - Executar escuta ativa

03-03-2025 10:00 - Promover autocontrolo: humor

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: facilitadora.

17-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.

17-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora.

17-07-2025 09:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

17-07-2025 09:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor

03-03-2025 10:00 - Luto comprometido [RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução do luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Executar escuta ativa [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre o luto: facilitador.

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora.

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído à vida após a perda: não dificultador.

03-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à perda

[RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [FIM]

17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]

17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido [FIM] 17-07-2025 09:00

17-07-2025 09:00

17-07-2025 09:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Especificação da perda Especificação da perda: Identifica-se vivência de luto antecipatório, evidenciado por manifestações de tristeza, angústia e dificuldades em lidar com a iminência da perda do elemento familiar com doença.

17-07-2025 09:00 - Não manifesta negação da perda [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MELHOROU].

5.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do autocontrolo do humor

- Observar estratégias de coping utilizadas por V.
- Incentivar a reflexão sobre as estratégias que considera eficazes.
- Reforçar progressos e explorar alternativas quando necessário.
- A promoção do autocontrolo favorece a resiliência e a perceção de autoeficácia, fatores protetores contra a depressão (Bandura, 1997; Wright & Leahey, 2019).

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar a escala CQOLC periodicamente.
- Recolher verbalizações espontâneas de V sobre o seu estado emocional.
- Observar manifestações comportamentais (isolamento, desânimo, perda de interesse).
- A monitorização regular permite identificar precocemente agravamento ou melhoria, orientando a tomada de decisão (Weitzner et al., 1999). A literatura refere que a avaliação sistemática do humor dos cuidadores é essencial devido à elevada prevalência de sintomas depressivos neste grupo (Stenberg et al., 2010).

Executar escuta ativa

- Estar disponível em consulta ou visita domiciliária para acolher expressões emocionais de V sem julgamento.
- Utilizar técnicas de silêncio terapêutico, validação e clarificação.
- A escuta ativa fortalece a relação terapêutica e reduz a percepção de isolamento, sendo considerada intervenção central do EEECESF (Wright & Leahey, 2019).

Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

- Apoiar na definição de pequenos objetivos de autocuidado (ex.: manter momentos de descanso, manter contacto social mínimo, realizar atividades prazerosas); negociar estratégias viáveis dentro da sua rotina de cuidados.
- Durante uma entrevista, V verbalizou: “Já nem me lembro da última vez que saí de casa sozinho”. Esta expressão revelou a ausência de momentos de autocuidado individual. Face a esta necessidade, foi negociada a realização de uma atividade de lazer exequível — uma ida à praia — enquanto D assegurava os cuidados básicos a M durante a ausência de V.
- O autocuidado é essencial para prevenir exaustão do cuidador; programas de capacitação que incluem promoção de autocuidado demonstraram melhoria significativa no bem-estar (Hudson et al, 2010).

Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido

- Questionar V sobre pensamentos recorrentes e intrusivos relacionados com a perda.
- Treinar técnicas de reestruturação cognitiva (ex.: substituição de pensamentos desestabilizadores por alternativas mais equilibradas).
- A capacidade de gerir os pensamentos associados à perda é determinante para a adaptação; técnicas cognitivo-comportamentais reduzem sintomas depressivos e ansiedade em cuidadores (Northouse et al., 2010).

Avaliar evolução do luto

- Explorar verbalizações de V acerca da perda iminente.
- Identificar manifestações emocionais e cognitivas associadas ao luto antecipatório.
- Utilizar registos narrativos para acompanhar a evolução.
- O luto antecipatório é um fenómeno descrito na literatura como frequente em cuidadores de pessoas com doença ameaçadora da vida, com prevalências elevadas identificadas em meta-análises recentes (Kustanti et al., 2024).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Explorar com V expressões como “tenho medo de desmoronar”.
- Facilitar a identificação de pensamentos que dificultam a adaptação; apoiar na procura de significados alternativos mais adaptativos (ex.: sentido de missão, valorização dos pequenos momentos com M e T).
- A resignificação da perda é uma das estratégias mais eficazes para prevenir luto complicado e promover adaptação (Neimeyer, 2012; Meleis, 2010a).

Avaliar evolução do significado atribuído à perda

- Incentivar V a expressar o que representa para si a doença de M e a iminência da perda.
- Registrar a forma como essas percepções se alteram ao longo do tempo.
- Explorar narrativas sobre esperança, medo e futuro.
- O significado atribuído à perda influencia a adaptação emocional e uma percepção exclusivamente negativa aumenta o risco de luto complicado (Neimeyer, 2012).

5.6. Síntese relativa ao caso

No domínio da emoção, a aplicação da CQOLC em dois momentos distintos revelou uma pontuação global de 45/132 na primeira avaliação e 49/132 num dos últimos contactos. Esta ligeira evolução não reflete melhorias significativas no bem-estar emocional, mas mostra pequenas flutuações: a sobrecarga emocional manteve-se com pontuação baixa (6/52 na primeira avaliação e 5/52 na segunda), as perturbações ligadas ao cuidado apresentam menor impacto, embora discreto (de 10/28 para 14/28), as implicações pessoais aumentaram ligeiramente (de 9/20 para 6/20) e a adaptação positiva aumentou de forma discreta (de 20/32 para 24/32). Estes resultados sugerem que, apesar da persistência do sofrimento psicológico, V foi desenvolvendo estratégias de coping e capacidade de ressignificação da experiência.

Ainda assim, a progressão clínica de M intensificou sentimentos de tristeza antecipatória, não permitindo observar melhorias significativas no domínio emocional. A intervenção possibilitou, no entanto, momentos de alívio e reconhecimento das suas necessidades, traduzidos em pequenas experiências de bem-estar. Um exemplo foi a prescrição de uma atividade de lazer, concretizada através de uma ida à praia, que visou reduzir o stress e promover autocuidado. Posteriormente, V descreveu a experiência como “um momento de libertação que me permitiu respirar fundo e sentir-me eu próprio outra vez”.

Para além destas atividades, a intervenção centrou-se também na criação de espaços de partilha e validação, reconhecidos por V como essenciais: “Às vezes o que mais precisamos não são respostas, são estas conversas. Fazem-me sentir que não estou sozinho nisto.” Estes ganhos, ainda que pontuais, revelam o contributo da intervenção na promoção do autocuidado, na atenuação temporária da sobrecarga e no fortalecimento da relação terapêutica, num contexto de doença avançada em que a adaptação emocional é continuamente desafiada.

6. D

D, 70 anos, reformada, é mãe de M e avó de T. Mudou-se para a residência da filha quando esta passou a necessitar de cuidados contínuos, participando na gestão da casa e prestando apoio informal nos cuidados, com o objetivo de aliviar a carga de V. Mantém presença constante e atitude de suporte, acompanhando de perto tanto o sofrimento da filha como o desgaste do genro. Vive um processo de luto antecipado, com sofrimento emocional não verbalizado. Apesar da sua dedicação, revela momentos de tristeza, cansaço e isolamento emocional.

6.1. Enquadramento teórico

A avaliação realizada a D, evidenciou a sua integração ativa na dinâmica familiar, tendo assumido um papel de suporte constante após o agravamento clínico da filha. Apesar da sua dedicação, D expressou verbalizações como “Faço o que posso, mas às vezes sinto-me muito cansada”, revelando momentos de tristeza e fadiga, ainda que procure não o demonstrar perante os restantes elementos familiares.

Nos pais de adultos com doença oncológica avançada, o luto antecipatório pode coexistir com sintomas depressivos, intensificando o sofrimento emocional. Esta experiência caracteriza-se pela dor relacionada com a perceção da perda iminente e pela dificuldade em lidar com a deterioração progressiva da pessoa significativa, exigindo avaliação precoce e intervenções dirigidas, de modo a prevenir complicações emocionais prolongadas e a promover a resiliência familiar (Kustanti et al., 2024; Areia et al., 2019).

No caso de D, não se identificaram alterações nos domínios cognitivos, comunicacionais ou físicos, encontrando-se preservada a sua autonomia nas atividades de vida diária. Contudo, no domínio da emoção, observaram-se manifestações de tristeza, isolamento emocional e indícios de luto antecipatório, que evidenciam a necessidade de intervenção, considerando tanto a sua dimensão individual como o seu papel no sistema familiar.

Não foi aplicada a escala CQOLC, uma vez que, durante o processo de avaliação, D demonstrou algum desconforto com a aplicação de instrumentos estruturados, preferindo expressar-se em conversas espontâneas. Esta opção metodológica respeitou o seu ritmo e garantiu que a recolha de informação fosse realizada de forma ética e sensível, privilegiando a escuta ativa e a narrativa familiar como fonte principal de dados.

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

6.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-03-2025 10:00	Emoção	

6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

No contexto de doença oncológica avançada, o luto antecipatório materno diz respeito ao processo experienciado por mães de filhos adultos com diagnóstico terminal, marcado por uma preparação emocional para a perda iminente enquanto se mantém o envolvimento ativo no cuidado. Esta vivência exige um equilíbrio delicado entre a presença constante e a autorregulação emocional, num cenário de crescente desgaste físico e psicológico (Bouchal et al., 2015; Trembl et al., 2021). A intensidade desta experiência pode ser agravada pela percepção do sofrimento do cônjuge do filho e pela necessidade de apoio aos netos, o que implica acumular múltiplos papéis de suporte dentro da estrutura familiar (Bisotto et al., 2021; Singer et al., 2022).

O luto antecipatório, embora distinto do luto pós-perda, manifesta-se por sintomas emocionais e físicos relevantes, afetando de forma significativa o bem-estar e a capacidade funcional do cuidador (Fee et al., 2020). No caso de D, foram identificados indícios de sofrimento emocional e de luto antecipatório, traduzidos em verbalizações como “É muito duro ver a minha filha a definhar aos poucos... por dentro, sinto-me a desmoronar, mas por fora tento estar sempre calma para não preocupar os outros”. Este relato evidencia tristeza funda e impotência perante a deterioração da filha, compatíveis com manifestações de luto antecipatório.

Foram ainda reconhecidas perturbações ligadas ao cuidado, com impacto significativo na rotina e no equilíbrio de vida. D referiu: “Desde que a minha filha ficou dependente, a minha rotina

passou a girar em torno dela e da casa. Antes ainda tinha tempo para sair ou ir visitar amigas, agora passo a maior parte do dia aqui. Sinto que já não tenho vida fora disto.” Este testemunho reforça a limitação das atividades pessoais e a perda de espaços próprios, aspetos frequentemente descritos na literatura como fatores de sobrecarga em cuidadores informais (Bedaso et al., 2022).

Apesar das dificuldades, emergiram indicadores de adaptação positiva, patentes na verbalização: “Aprendi que tenho mais força do que imaginava. Nunca pensei conseguir estar ao lado dela em tudo, mas cá estou. Por mais que doa, sinto que estou a cumprir o meu papel de mãe.” Esta expressão traduz a ressignificação da experiência de cuidar, em linha com estudos que demonstram a coexistência de sofrimento emocional e crescimento pessoal nos cuidadores em contexto de oncologia avançada (Zhu et al., 2023).

Assim, o domínio da emoção foi selecionado como foco de atenção em D, justificando intervenções de enfermagem dirigidas à promoção do coping, do suporte emocional e da prevenção de complicações psicológicas decorrentes do processo de luto antecipatório.

6.4. Conceção de Cuidados

Emoção

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

03-03-2025 10:00 - Sem indícios de euforia.

03-03-2025 10:00 - Não verbaliza ansiedade.

03-03-2025 10:00 - Sem manifestação de inquietação.

03-03-2025 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

03-03-2025 10:00 - Sem manifestação de pânico .

03-03-2025 10:00 - Especificação da perda: Identifica-se vivência de luto antecipatório, evidenciado por manifestações de tristeza, angústia e dificuldades em lidar com a iminência da perda do elemento familiar com doença..

03-03-2025 10:00 - Manifesta negação da perda.

03-03-2025 10:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

03-03-2025 10:00 - Humor depressivo

03-03-2025 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

17-07-2025 09:00 - Desesperança e pessimismo, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução do humor

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

03-03-2025 10:00 - Facilitar atividades de autocuidado

03-03-2025 10:00 - Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

03-03-2025 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

03-03-2025 10:00 - Promover autocontrolo: humor

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador.

17-07-2025 09:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: facilitadora.

17-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

17-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.

17-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora.

17-07-2025 09:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

17-07-2025 09:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor

03-03-2025 10:00 - Luto comprometido [RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução do luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Executar escuta ativa [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o luto [FIM] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre o luto: facilitador.

03-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora.

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído à vida após a perda: não dificultador.

03-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído à perda

[RESOLVIDO] 17-07-2025 09:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido [FIM] 17-07-2025 09:00

17-07-2025 09:00

17-07-2025 09:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

17-07-2025 09:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: Identifica-se vivência de luto antecipatório, evidenciado por manifestações de tristeza, angústia e dificuldades em lidar com a iminência da perda do elemento familiar com doença.

17-07-2025 09:00 - Não manifesta negação da perda [MELHOROU].

17-07-2025 09:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

6.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do humor depressivo

- Observar sinais de tristeza, fadiga e retraimento.
- Questionar D de forma aberta durante as entrevistas familiares, respeitando o seu ritmo, já que se mostrou melindrada com questionários estruturados.
- A avaliação qualitativa é essencial para identificar sofrimento em cuidadores mais velhos, que podem evitar verbalizar sintomas depressivos (Bedaso et al., 2022).

Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

- Incentivar a manutenção de pequenas rotinas pessoais.
- Foi planeado com D o retomar de pequenas rotinas de autocuidado, como manter contacto com amigas e realizar rendas, atividade de que gosta mas que referiu ter deixado de fazer por não querer “distrair-se” do cuidado a M. D verbalizou: “Já nem pego nas rendas, parece que não devo estar a fazer isso quando a M precisa de mim”, revelando a sua relutância em dedicar tempo a si própria. Reforçou-se que reservar momentos pessoais não significa negligenciar a filha, mas sim prevenir a sobrecarga física e emocional. O autocuidado é determinante para prevenir sobrecarga física e emocional, sobretudo em cuidadores idosos (Hudson et al., 2010).

Avaliar evolução do autocontrolo do humor

- Observar como D procura expressa as suas emoções no seio familiar.
- Explorar em entrevistas familiares de que forma consegue gerir sentimentos de tristeza e

medo, respeitando o seu estilo mais contido.

- Reforçar momentos em que verbaliza capacidade de manter calma para não preocupar os outros (“por fora tento estar sempre calma para não preocupar os outros”), ajudando-a a reconhecer este recurso interno.
- A promoção do autocontrolo é particularmente relevante em cuidadores idosos que tendem a ocultar o sofrimento para proteger a família. A literatura evidencia que a perceção de autoeficácia na gestão das emoções constitui um fator protetor, favorecendo a resiliência e prevenindo complicações emocionais (Bandura, 1997; Wright & Leahey, 2019).

Avaliar evolução do luto

- Explorar a forma como D descreve a deterioração da filha e monitorizar como essa perceção evolui ao longo do tempo.
- O luto antecipatório é frequente em pais de adultos com cancro avançado e exige acompanhamento precoce (Treml et al., 2021).

Executar escuta ativa

- Disponibilizar espaço seguro para D expressar emoções em visitas domiciliárias. A verbalização “Faço o que posso, mas às vezes sinto-me muito cansada” foi acolhida sem julgamento, reforçando a validação da sua experiência
- A escuta ativa é fundamental para reduzir a perceção de isolamento e reforçar a resiliência (Wright & Leahey, 2019).

Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido

- Explorar os pensamentos de D acerca da perda iminente, identificando se surgem ideias persistentes de impotência. Nas sessões referiu: “é muito duro ver a minha filha a definhar aos poucos”, verbalização que revela sentimentos de impotência, constituindo foco para promover a ressignificação da experiência de perda e o reconhecimento do valor da sua presença junto da filha e do neto.
- Conduzir a reestruturação desses pensamentos, valorizando a importância da sua presença e apoio enquanto recurso fundamental para a filha e para o neto.
- Monitorizar a evolução do equilíbrio entre pensamentos desestabilizadores (“não sei como vou aguentar”) e pensamentos de ressignificação (“por mais que doa, sinto que estou a cumprir o meu papel de mãe”).
- O luto antecipatório em pais de adultos com doença oncológica avançada associa-se frequentemente a pensamentos intrusivos e persistentes sobre a perda, que podem comprometer a adaptação. A avaliação do autocontrolo cognitivo permite identificar risco de luto complicado, bem como reforçar mecanismos de ressignificação, considerados protetores (Kustanti et al., 2024).

6.6. Síntese relativa ao caso

No caso de D, a avaliação centrou-se no domínio Emoção, tendo sido identificados indícios de luto antecipatório, traduzidos em expressões de tristeza e impotência face à deterioração progressiva da filha: “É muito duro ver a minha filha a definhar aos poucos... por dentro sinto-me a desmoronar, mas por fora tento estar sempre calma para não preocupar os outros.” Apesar da ausência de alterações cognitivas ou físicas, verificaram-se manifestações de fadiga e isolamento emocional, com impacto na sua rotina diária.

O agravamento clínico de M revelou-se particularmente penoso para D, que se confrontou diariamente com a dor de assistir à perda gradual da filha, enquanto tentava manter-se como suporte emocional para o genro e para o neto. A intervenção de enfermagem, realizada sobretudo em contexto domiciliário, privilegiou a escuta ativa e a criação de espaço seguro para expressão emocional, respeitando o seu ritmo e a sua reserva face a instrumentos estruturados de avaliação. Foram ainda promovidos pequenos objetivos de autocuidado e acompanhada a evolução dos pensamentos associados à perda. Estas intervenções possibilitaram momentos de resignificação, evidenciados na verbalização: “Por mais que doa, sinto que estou a cumprir o meu papel de mãe.”

Os contributos da intervenção traduziram-se na validação do sofrimento de D, na redução da perceção de isolamento e no reforço da sua capacidade de resiliência, contribuindo para sustentar a coesão familiar num período de grande penosidade. D demonstrou-se muito satisfeita com o acompanhamento prestado e expressou gratidão pela escuta e proximidade, reforçando que este apoio a fez sentir-se acompanhada e menos sozinha no processo. Do ponto de vista profissional, esta experiência representou um contributo significativo para o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Familiar, particularmente na abordagem ao luto antecipatório em cuidadores idosos e na intervenção junto de famílias que atravessam múltiplos papéis e transições em simultâneo.

7. T

T, 14 anos, encontra-se numa fase crítica do seu desenvolvimento psicossocial, marcada pela busca de autonomia, consolidação da identidade e necessidade de suporte emocional estável. Desde o agravamento da condição da mãe, tem vivenciado alterações significativas no ambiente familiar. Apesar dessas mudanças, mantém as suas atividades escolares e extracurriculares, com o esforço e dedicação do pai para preservar a normalidade e a continuidade das experiências típicas da adolescência.

7.1. Enquadramento teórico

Atendendo à sensibilidade do tema, os pais optaram por não autorizar a inclusão dos filhos no processo de entrevista. Esta decisão foi aceite, em respeito ao princípio da autonomia parental e à salvaguarda do bem-estar emocional das crianças (Graham et al., 2013).

A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson posiciona a adolescência como a fase da identidade versus confusão de papéis, marcada pela procura de pertença e construção do autoconceito (Erikson, 1994). Alterações significativas na estrutura familiar, como a doença grave de um progenitor, podem afetar este processo, exigindo estratégias que promovam estabilidade, segurança e oportunidades de participação.

O MDAIF orienta o EECEFS para a promoção de canais de expressão emocional, rituais de normalidade e suporte ajustado à idade do adolescente. Através da entrevista aos pais e da observação contextual, procurou-se recolher informação que permitisse compreender de forma sensível e ética se as necessidades de T estavam a ser reconhecidas e atendidas pela família. Esta abordagem teve como base a importância de garantir a inclusão e o bem-estar do adolescente, mesmo sem a sua participação direta.

Dada a decisão parental, não serão apresentados dados adicionais relativamente a T, limitando-se a análise ao enquadramento teórico acima descrito.

7.2. Clientes

Cliente

Adolescente | Idade: 14 anos | Masculino

8. FAMÍLIA II

A Família II é composta por dois elementos: o casal RS e MS. Têm cinco filhos independentes, sendo que um deles, TS, reside no andar superior da moradia, prestando apoio quando necessário. Residem em área semiurbana. RS foi diagnosticada em 2024 com sarcoma da coxa esquerda, tendo realizado excisão alargada e colocação de cavilha profilática em julho desse ano. Após a cirurgia apresentou seroma recorrente na loca cirúrgica. Em finais de julho foi diagnosticada com infeção da ferida cirúrgica, tendo efetuado antibioterapia. A 8 de agosto recorreu ao serviço de urgência por exacerbação dos sinais inflamatórios da ferida, ficando internada, por exacerbação da infeção. Após várias tentativas de cicatrização da ferida, RS foi proposta para amputação transfemoral. À data do primeiro contacto, RS apresenta ferida cirúrgica com ligeiros sinais inflamatórios, estando a ser realizados tratamentos à mesma enquanto aguarda a intervenção cirúrgica. A cirurgia veio a decorrer na última quinzena do estágio, sendo posteriormente encaminhada para uma unidade de convalescença. Durante o acompanhamento, MS demonstrou-se preocupado com a evolução clínica da esposa, referindo receios quanto aos gastos financeiros futuros. Valoriza o apoio dos filhos, embora evite solicitar ajuda com receio de ser um incómodo.

8.1. Enquadramento teórico

Os sarcomas são tumores malignos raros que se desenvolvem a partir de tecidos de origem mesenquimatosa, como músculo, gordura, tecido fibroso, vasos sanguíneos ou ossos. Representam menos de 1% de todas as neoplasias malignas nos adultos, mas apresentam elevada heterogeneidade, com mais de 70 subtipos histológicos descritos. Clinicamente, caracterizam-se por crescimento local agressivo, risco de recidiva e potencial de metastização, sobretudo para o pulmão. O tratamento de eleição é geralmente cirúrgico, frequentemente com ressecções amplas, podendo associar-se radioterapia e/ou quimioterapia. A ressecção de sarcomas de partes moles envolve geralmente cirurgia extensa, com grande risco de infeções no local operatório (World Health Organization Classification of Tumours Editorial Board, 2020).

Para além do impacto clínico, estas situações repercutem-se inevitavelmente no sistema familiar. A perda funcional de RS implica uma reconfiguração de papéis dentro do casal, exigindo processos adaptativos significativos. Tal realidade exige a avaliação da família enquanto sistema, de modo a identificar precocemente necessidades, mobilizar recursos

feito com recurso a lareira e o abastecimento de gás é feito com gás de botija. A família refere adotar medidas de segurança adequadas, como ventilação regular dos espaços, verificação periódica das ligações e utilização correta dos equipamentos, não se tendo observado situações de risco neste aspeto. O abastecimento de água é realizado por rede mista e o tratamento de resíduos através da rede pública. A família não tem animais de estimação.

A Família II, de acordo com o Ciclo Vital de Relvas, encontra-se na etapa de família com filhos adultos, fase caracterizada pela autonomia dos descendentes e pela reorganização da vida conjugal, implicando frequentemente reajustes relacionais e a preparação para o envelhecimento (Relvas, 2000). O papel parental encontra-se mantido, sendo reconhecido pelos filhos, nomeadamente por TS, que reside no andar superior da moradia. Não se identificam dificuldades nesta dimensão.

A Família II encontra-se a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença, marcada pelo diagnóstico de sarcoma da coxa esquerda em RS e pela consequente evolução clínica, com proposta de amputação transfemoral. Esta situação trouxe repercussões significativas para o sistema familiar, exigindo reorganização das rotinas e adaptação conjugal a uma nova realidade física e emocional. A evolução clínica de RS, marcada também pelas complicações associadas à ferida cirúrgica, repercutiu-se sobretudo na dinâmica conjugal, acrescentando incerteza quanto ao futuro e necessidade de adaptação comunicacional entre o casal. Durante a entrevista, MS partilhou: “Nunca pensei que tivéssemos de lidar com isto nesta altura da vida.” RS acrescentou: “Às vezes custa-nos falar sobre o que sentimos, mas sabemos que temos de nos apoiar um ao outro.” Estas verbalizações ilustram as fragilidades na comunicação conjugal, que se assumem como foco de atenção prioritário nesta família.

A interação e a função sexual não se encontram comprometidas. Não se aplica à família em estudo a avaliação do planeamento familiar ou da adaptação à gravidez.

Quanto à dimensão funcional, o papel de prestador de cuidados não foi considerado nesta fase. No início da intervenção, RS apresentava-se autónoma nas atividades de vida diária e, no final, estava internada numa unidade de convalescença, pelo que não se encontravam ainda definidas de forma estável as necessidades de cuidados em contexto domiciliário.

A aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe resultou em 237 pontos, correspondendo a um risco moderado de desenvolvimento de doença física e/ou psíquica. Este valor reflete sobretudo o impacto do percurso clínico de RS, marcado pela doença e sucessivas hospitalizações, bem como da reorganização familiar necessária, expressa na maior responsabilidade assumida por MS nas tarefas domésticas e nas fragilidades comunicacionais identificadas ao nível do casal.

A aplicação da Escala FACES classificou a família como ligada no domínio da coesão e flexível no domínio da adaptabilidade. Esta configuração traduz proximidade emocional equilibrada e

capacidade de reorganização perante situações de crise, constituindo fatores protetores que favorecem o coping face à doença de RS. A aplicação do APGAR Familiar revelou percepções consistentes entre RS e MS, classificando a família como apresentando moderada disfunção. Este resultado traduz alguma limitação na satisfação com o apoio recebido dentro da família, em consonância com as fragilidades comunicacionais identificadas ao nível do casal.

Na relação dinâmica, identificou-se que RS assume maior poder no casal, situação reconhecida por ambos e aceite. Contudo, RS expressa a percepção de que, por vezes, MS pretende ter demasiada influência nas suas decisões e comportamentos, o que se traduz numa insatisfação relativamente à influência que cada elemento exerce sobre o outro. Ainda assim, ambos reconhecem a capacidade mútua de se influenciarem e apoiarem no quotidiano.

Determinou-se que o processo familiar se encontrava disfuncional, justificado por comunicação não eficaz entre o casal e relação dinâmica disfuncional. Durante a entrevista, ambos revelaram dificuldades em expressar de forma aberta os sentimentos e preocupações associados à situação clínica de RS, evidenciando fragilidades comunicacionais nas interações conjugais. No que respeita ao coping, verificou-se que o casal tende a enfrentar as dificuldades recorrendo sobretudo à resolução direta dos problemas do quotidiano, adotando uma postura prática e orientada para a tarefa. Demonstram abertura para recorrer a recursos externos, nomeadamente apoio de familiares e profissionais de saúde, sempre que sentem necessidade.

8.2. Clientes

Cliente

Família

Família

17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Família nuclear.

17-03-2025 10:00 - Ausência de animais domésticos.

17-03-2025 10:00 - Membro da família: RS.

17-03-2025 10:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Gestor financeiro, Organizador do funcionamento da casa.

8.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-03-2025 10:00	Satisfação conjugal	16-07-2025 09:00
17-03-2025 10:00	Processo familiar	16-07-2025 09:00
17-03-2025 10:00	Abastecimento de água	16-07-2025 09:00

8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Relativamente ao abastecimento de água, verificou-se que a família recorre simultaneamente ao abastecimento público e à água proveniente de poço privado. No entanto, este último não é alvo de controlo regular da qualidade, constituindo fator de risco para a saúde. Face a esta situação, foi identificado o diagnóstico: abastecimento de água não adequado. Foi sugerido à família o uso exclusivo da rede pública para consumo humano, de forma a reduzir potenciais riscos associados, uma vez que a família refere não querer proceder à análise da qualidade da água do poço.

Foi identificado o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida, sustentado pelos critérios de relação dinâmica disfuncional e comunicação não eficaz. Durante a entrevista, MS referiu: “Faço as tarefas de casa sem problema, mas às vezes sinto que nada está bem feito para ela”, exprimindo desagrado perante a postura crítica de RS relativamente ao modo como executa as tarefas domésticas. Por sua vez, RS afirmou: “Ele ajuda muito, mas custa-me não poder fazer como antes, acabo por ser exigente”. Estas verbalizações revelam a tensão gerada pela alteração das rotinas e ilustram a disfunção da relação dinâmica.

No domínio da comunicação conjugal, MS partilhou: “Não falo muito dos meus receios para não a preocupar”. RS acrescentou: “Gostava que ele me dissesse mais o que sente, não apenas os problemas”. Estas expressões evidenciam a ausência de partilha de expectativas e sentimentos, confirmando a comunicação não eficaz e a insatisfação conjugal resultante. Em conjunto, estas fragilidades repercutem-se negativamente no suporte emocional mútuo, num momento que exige maior coesão e partilha.

Na avaliação da comunicação familiar, identificou-se que MS tende a expressar mais os sentimentos, embora exista insatisfação relativamente ao modo como estes são comunicados. RS referiu: “Ele fala muito sobre os problemas, mas raramente me diz como se sente em relação a mim.” Esta verbalização traduz a perceção de que, embora o conteúdo seja compreendido, a forma como é transmitido não satisfaz plenamente as necessidades emocionais do casal. Apesar de a comunicação verbal e não verbal se revelar clara e compreendida por ambos, persiste

insatisfação com o padrão comunicacional, o que repercute negativamente na satisfação conjugal. Identifica-se, assim, processo familiar disfuncional, relacionado com comunicação familiar não eficaz, evidenciado pela ausência de partilha de expectativas e receios e pela insatisfação do casal relativamente ao padrão comunicacional. Destaca-se, contudo, a presença de fatores protetores relevantes, nomeadamente um coping eficaz, a interação de papéis de forma consensual e não conflituosa, aspetos a potenciar no âmbito da intervenção de enfermagem familiar.

8.4. Conceção de Cuidados

Satisfação conjugal

17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Comunicação não eficaz

17-03-2025 10:00 - Relação dinâmica disfuncional

17-03-2025 10:00 - Interação sexual adequada

17-03-2025 10:00 - Função sexual não comprometida

17-03-2025 10:00 - Promover a satisfação conjugal [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Satisfação conjugal não mantida (por comunicação não eficaz e relação dinâmica disfuncional) [RESOLVIDO] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Promover a comunicação expressiva das emoções

17-03-2025 10:00 - Promover a comunicação do casal

17-03-2025 10:00 - Planear rituais familiares

16-07-2025 09:00

16-07-2025 09:00 - Comunicação eficaz

16-07-2025 09:00 - Relação dinâmica não disfuncional

16-07-2025 09:00 - Interação sexual adequada

16-07-2025 09:00 - Função sexual não comprometida

Processo familiar

17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Comunicação não eficaz

17-03-2025 10:00 - Coping familiar eficaz

17-03-2025 10:00 - Interação de papéis eficaz

17-03-2025 10:00 - Relação dinâmica disfuncional

17-03-2025 10:00 - Promover o processo familiar funcional [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Processo familiar disfuncional (por comunicação não eficaz) [RESOLVIDO] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Otimizar a comunicação na família

17-03-2025 10:00 - Otimizar o padrão de assertividade

16-07-2025 09:00

16-07-2025 09:00 - Comunicação eficaz

16-07-2025 09:00 - Coping familiar eficaz

16-07-2025 09:00 - Interação de papéis eficaz

16-07-2025 09:00 - Relação dinâmica não disfuncional

Abastecimento de água

17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Utilização da água de rede privada para consumo humano

17-03-2025 10:00 - Família não efetua o controle de qualidade da água

17-03-2025 10:00 - Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade da água

17-03-2025 10:00 - Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água

17-03-2025 10:00 - Promover o abastecimento de água adequado [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Abastecimento de água não adequado [RESOLVIDO]

16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - *Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água*

17-03-2025 10:00 - *Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água*

17-03-2025 10:00 - *Orientar para serviços de controlo da qualidade da água*

16-07-2025 09:00

16-07-2025 09:00 - Conhecimento demonstrado sobre controlo da qualidade da água

16-07-2025 09:00 - Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água

16-07-2025 09:00 - Sem utilização da água de rede privada para consumo humano

8.5. Especificação das intervenções

Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água

- O consumo de água sem vigilância laboratorial, como de poços privados, pode expor a família a contaminação microbológica (E. coli, coliformes totais, enterococos) e química (nitratos, metais pesados), com risco de doenças gastrointestinais ou intoxicações (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023; United States Environmental Protection Agency [US EPA], 2024). O Decreto-Lei n.º 236/98 define padrões de potabilidade da água e estabelece a responsabilidade das entidades gestoras na monitorização da rede pública, no entanto, no caso dos poços privados, o controlo é da responsabilidade do proprietário.

Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água

- Quando não existe alternativa ao uso de água de poço, devem ser adotadas medidas simples de segurança, como a fervura, a filtração ou a desinfecção periódica com cloro. A observação de alterações organoléticas (odor, sabor ou cor) deve ser considerada um sinal de alerta precoce de possível contaminação (World Health Organization [WHO], 2017; CDC, 2023).

Orientar para serviços de controlo da qualidade da água

- Em Portugal, o enquadramento legal da qualidade da água destinada ao consumo humano encontra-se definido no Decreto-Lei n.º 236/98, de 1 de agosto, que estabelece normas de proteção das águas e define os parâmetros de qualidade para consumo humano. Este diploma prevê a obrigatoriedade de monitorização periódica da qualidade da água para os sistemas de abastecimento público ou geridos por entidades responsáveis, mas não estabelece periodicidade obrigatória para os abastecimentos particulares (como poços), que são da responsabilidade do próprio proprietário.
- De acordo com orientações técnicas de saúde pública, embora não exista imposição legal, é recomendável que, quando se utiliza água de poço para consumo humano, sejam realizadas: Análises anuais dos parâmetros microbiológicos e físico-químicos básicos (coliformes totais, *Escherichia coli*, pH, nitratos, condutividade) (WHO, 2017); Análises abrangentes a cada 3 a 5 anos, incluindo metais pesados ou compostos orgânicos, sobretudo em áreas com maior risco de contaminação (AQUALAB, s.d.; Gabriel, 2025).
- No caso da Família II, verificou-se o recurso a uma rede mista de abastecimento (rede pública e poço privado). Contudo, após esclarecimento sobre os riscos associados à utilização de água não controlada, a família optou por suspender o consumo da água do poço, restringindo-se ao uso exclusivo da rede pública para fins alimentares. Esta decisão traduz uma medida preventiva eficaz, eliminando a exposição a potenciais riscos microbiológicos e químicos. Durante a sessão, MS afirmou: “Sempre bebemos desta água e nunca nos fez mal”. O enfermeiro validou a perceção, mas explicou que a ausência de sintomas não garante ausência de risco, reforçando a importância da escolha tomada. RS acrescentou: “Assim ficamos mais descansados”. Esta opção foi registada como um ganho em saúde familiar, dado que reduziu significativamente a exposição a fatores de risco identificados.

Promover a comunicação expressiva das emoções

- Criar espaço de escuta ativa e empática, incentivando a nomeação de sentimentos, conforme já referido.
- A sessão foi realizada na sala. Foi questionado: “Gostava de vos pedir que, por um momento, expressem não apenas o que sentem com esta situação, mas sobretudo o que sentem em relação um ao outro neste momento da vossa vida”. MS respondeu: “Eu ajudo, faço as tarefas de casa sem problema, mas às vezes parece que não é suficiente para ela... sinto-me em falta, como se falhasse como marido”. RS acrescentou: “Ele ajuda muito, mas custa-me não poder fazer como antes... acabo por ser exigente e por vezes pareço crítica”. Foram validadas estas expressões, salientando que ambos revelam sentimentos de frustração e desvalorização mútua, que podem aumentar a tensão conjugal. Incentivou ainda à nomeação direta de sentimentos positivos: “E o que sentem um pelo outro, para além dessas dificuldades?”. RS respondeu, emocionada: “Apesar de tudo, sinto-me apoiada e sei que ele está sempre ao meu lado”. MS concluiu: “Sinto orgulho nela e quero estar presente, mesmo que nem sempre saiba como”. Este exercício tornou visíveis as fragilidades comunicacionais, MS tende a expressar-se de forma prática e centrada em tarefas, enquanto RS verbaliza sentimentos de crítica e frustração, mas também os fatores protetores, como o reconhecimento do apoio e da ligação afetiva.

Promover a comunicação do casal

- Estimular momentos de diálogo estruturado, reforçando a importância de partilhar expectativas e receios. A comunicação conjugal é essencial para o ajustamento e satisfação do casal em contexto de doença (Falconier et al., 2016).
- O uso de metáforas na intervenção em ESF constitui uma estratégia comunicacional que facilita a expressão de sentimentos implícitos e promove insight relacional. De acordo com), Assim, o enfermeiro deve recorrer a perguntas abertas e a recursos que estimulem novas perspetivas sobre a dinâmica familiar, facilitando a identificação de padrões de funcionamento e a exploração de alternativas de mudança (Wright & Leahey, 2019. As metáforas funcionam como “atalhos para o significado”, ao permitirem transformar experiências complexas em imagens acessíveis e partilhadas, favorecendo a co-construção de novos sentidos no seio familiar (Bell & Wright, 2015).
- Recorreu-se à metáfora da “rádio/frequência” como recurso facilitador para estimular a reflexão sobre a forma como RS e MS comunicam entre si, conduzindo à identificação de fragilidades e à negociação de pequenas mudanças no padrão comunicacional. Durante a sessão, foi utilizada a metáfora da rádio/frequência para facilitar a reflexão sobre o modo como comunicam entre si. O diálogo seguiu o seguinte registo: Enfermeira: “RS e MS, imaginem que cada um de vocês é uma estação de rádio. Já alguma vez sentiram que falam em frequências diferentes?” MS: (sorri nervoso) “Muitas vezes... eu falo, mas parece que não chega da forma que quero.” RS: “Pois... ele fala muito dos problemas, mas não tanto do que sente. Para mim é isso que falta.” Enfermeira: “Então, RS, é como se conseguisse ouvir a estação do MS, mas não exatamente a música que mais gostava de ouvir?” RS: “Exato. Eu ouço, mas não sinto o que preciso.” Enfermeira: “E MS, quando fala, sente que RS não sintoniza bem a sua frequência?” MS: “Sim... parece que estou a explicar, mas ela não apanha o sinal certo.” Enfermeira: “Se pudessem sintonizar a mesma frequência, o que mudaria na forma como comunicam?” RS: “Sentir-me-ia mais tranquila... menos crítica.” MS: “E eu sentiria menos ansiedade, porque teria a certeza de que me entende.” Enfermeira: “Que pequenas mudanças acham que poderiam ser o ‘botão do rádio’ para vos ajudar a sintonizar melhor um ao outro?” RS: “Talvez eu parar para ouvir sem julgar tanto.” MS: “E eu dizer mais claramente o que sinto, não só os problemas”. Enfermeira: “Isso parece-me um bom começo: afinarem juntos essa frequência, para que a música que cada um precisa de ouvir se torne mais clara.”.

Planear rituais familiares

- Os rituais familiares constituem práticas estruturadas que, pela sua carga simbólica, reforçam vínculos, asseguram previsibilidade e dão continuidade em períodos de transição, podendo ser momentos simples, mas significativos, capazes de fortalecer a identidade familiar e a proximidade entre os seus elementos (Imber-Black & Roberts, 1998).
- No contexto da ESF, a promoção de rituais adaptados à realidade de cada família traduz-se numa intervenção breve que potencia coesão, favorece a adaptação a situações de crise e reforça a resiliência da família (Wright & Leahey, 2019; Walsh, 2016).
- Durante a entrevista, questionou-se: “Que momentos pequenos, só vossos, vos têm feito sentir mais próximos?”. RS respondeu: “Gosto quando ele se senta comigo à noite a ver

televisão, mesmo que eu adormeça logo”. MS acrescentou: “Para mim é importante ir com ela dar uma voltinha ao jardim, nem que seja só 10 minutos, parece que a vida fica mais leve”. A partir destas expressões, foi planeado um ritual simples: reservar diariamente um momento partilhado, ao final da tarde, para estarem juntos no jardim ou na sala, sem distrações, com o compromisso de ser “o tempo do casal”. Este ritual, apesar da sua simplicidade, foi identificado por ambos como um recurso para fortalecer a ligação conjugal, promovendo sentimentos de tranquilidade e proximidade. Reforçou-se que a regularidade desses momentos pode servir de âncora emocional, sobretudo em dias mais exigentes, salientando que “não é a duração que conta, mas a constância”. RS concluiu: “Vamos ter um tempo para nós, como fazíamos antes”.

Otimizar a comunicação na família

- A comunicação clara e funcional entre os elementos da família é essencial para a cooperação, alinhamento de tarefas e prevenção de conflitos (Wright & Leahey, 2019). O uso de mensagens diretas e específicas evita ambiguidades, promove compreensão mútua e reforça a corresponsabilização. As reuniões familiares breves, focadas na partilha de informação e definição de estratégias, constituem intervenções breves eficazes para otimizar a dinâmica comunicacional (Walsh, 2016).
- Durante a sessão, foram identificadas situações em que a comunicação era ambígua, gerando mal-entendidos. RS: “Nunca sei a que horas voltas.” MS: “Ela não percebe as minhas preocupações com o dinheiro.” Foram sugeridas reformulações para que a mensagem fosse mais clara: Reformulação de RS: “Gostava de saber a que horas pensas chegar, para não ficar preocupada.” Reformulação de MS: “Eu preciso que conversemos sobre as despesas, porque isso ajuda-me a sentir que não carrego essa responsabilidade sozinho.”.

Otimizar o padrão de assertividade

- A comunicação clara, assertiva e funcional é essencial para a cooperação, diminuição de conflitos e reforço da satisfação familiar. O uso de mensagens diretas, sem ambiguidade, facilita a circulação de informação e promove a coesão (Wright & Leahey, 2019).
- Estratégias como o uso de mensagens em primeira pessoa (“eu”; I-language) contribui para reduzir a hostilidade e promover compressão durante situações de conflito. Este efeito é potenciado quando associado à comunicação de perspetiva, ou seja, quando se reconhece também o ponto de vista do outro (Rogers, Howieson, & Neame, 2018).
- Explorou-se as diferenças entre mensagens acusatórias e mensagens assertivas em primeira pessoa: MS (mensagem “tu”): “Tu estás sempre a dizer que eu faço mal isto e faço mal aquilo.” MS (reformulação “eu”): “Eu sinto-me desvalorizado quando recebo críticas sobre o que faço e preciso que reconheças também o meu esforço.” RS (mensagem “tu”): “Tu nunca dizes o que pensas, guardas tudo aí mas bem sei que estás a pensar alguma coisa.” RS (reformulação “eu”): “Eu sinto falta de ouvir o que pensas e preciso que partilhes mais comigo para me sentir tranquila.” Este exercício permitiu ao casal perceber como a reformulação em linguagem de primeira pessoa facilita a expressão de necessidades sem gerar acusação, promovendo compreensão mútua e reduzindo a defensividade.

8.6. Síntese relativa ao caso

No caso da Família II, as intervenções de enfermagem permitiram alcançar melhorias significativas em todas as áreas inicialmente identificadas como fragilizadas.

Relativamente ao abastecimento de água, a família compreendeu os riscos associados ao uso do poço privado e optou pelo consumo exclusivo da rede pública. Esta decisão eliminou um fator de risco relevante para a saúde, tendo os elementos familiares reconhecido sentir-se mais seguros: “Assim ficamos descansados, sabemos que a água é controlada”.

No domínio da satisfação conjugal, as estratégias para promover a comunicação expressiva das emoções, a comunicação do casal e o planeamento de rituais familiares resultaram numa maior proximidade entre RS e MS, que verbalizaram sentir-se mais compreendidos e apoiados mutuamente: “Agora falo mais sobre o que sinto e percebo melhor o que ela precisa”.

Ao nível do processo familiar, as intervenções para otimizar a comunicação e o padrão de assertividade contribuíram para reduzir tensões e clarificar pedidos de ajuda. A família demonstrou capacidade acrescida de cooperação e corresponsabilização, reconhecendo que “quando cada um diz claramente o que precisa, tudo se torna mais fácil”.

Após as intervenções focadas na promoção da comunicação conjugal, reaplicou-se o APGAR Familiar, verificando-se uma melhoria dos scores de MS (de 7 para 9) e de RS (de 7 para 9), traduzindo uma perceção de maior funcionalidade familiar. Esta evolução reforça o impacto positivo das intervenções na comunicação e na coesão do casal.

Em conjunto, estas mudanças traduzem ganhos em saúde familiar expressos no fortalecimento da satisfação conjugal, na melhoria do processo comunicacional e na adoção de comportamentos protetores para a saúde.

O questionário de satisfação global com o suporte recebido demonstrou que a família valorizou o apoio prestado pelo EEECESF, atribuindo pontuações entre 4 e 5 em todos os itens. Destaca-se a verbalização de MS: “As consultas ajudaram a falarmos um com o outro sobre o que sentimos, foram muito importantes. Hoje sinto que comunicamos melhor e isso aliviou muitas tensões.” Quando questionados sobre sugestões de melhoria, referiram: “Seria útil manter este tipo de consultas, porque ajudou-nos muito a encontrar estratégias para lidar com a situação.”.

A intervenção com esta família permitiu consolidar competências especializadas em ESF, reforçando a importância de uma prática autónoma, crítica e diferenciada, orientada para a promoção da adaptação e para a mobilização das sinergias familiares.

9. RS

RS, de 75 anos, foi diagnosticada em 2024 com sarcoma da coxa esquerda, tendo sido submetida a cirurgia inicial e enfrentado complicações infecciosas recorrentes. À data da avaliação familiar, deambula com recurso a canadianas e encontra-se a aguardar amputação transfemoral, proposta pela equipa médica devido à impossibilidade de encerramento da ferida. Apresenta ferida cirúrgica com ligeiros sinais inflamatórios, com necessidade de tratamento em dias alternados. Encontra-se globalmente bem adaptada à sua situação de doença, sendo independente no autocuidado, embora limitada na realização de tarefas domésticas. Reconhece e valoriza o apoio de MS e dos filhos. Na última quinzena do estágio, é submetida à amputação e encaminhada para uma unidade de convalescença, não sendo possível contacto presencial. Posteriormente, em contacto telefónico, MS refere que ambos se encontram bem, estando RS a iniciar o processo de reabilitação. Encontra-se globalmente bem adaptada à sua situação de doença, sendo independente no autocuidado, embora limitada na realização de tarefas domésticas. Reconhece e valoriza o apoio de MS e dos filhos. Na última quinzena do estágio, é submetida à amputação e encaminhada para uma Unidade de Convalescença, não sendo possível contacto presencial. Posteriormente, em contacto telefónico, MS refere que ambos se encontram bem, estando RS a iniciar o processo de reabilitação.

9.1. Enquadramento teórico

A amputação transfemoral é uma intervenção cirúrgica de elevada complexidade, tradicionalmente associada a perdas funcionais significativas e a repercussões físicas, emocionais e sociais (Fanciullacci et al., 2021). No entanto, em situações em que a extremidade inferior já se encontra gravemente comprometida, com infeções recorrentes, dor e limitação funcional severa, a amputação pode constituir um ganho em qualidade de vida, ao permitir o controlo da infeção, a diminuição do sofrimento e a possibilidade de reabilitação com recurso a prótese (Pran et al., 2021).

A literatura destaca que, embora o ajustamento psicológico inicial seja complexo, muitos amputados reportam melhoria global da qualidade de vida após adaptação à nova condição, sobretudo quando existe suporte familiar e acesso a reabilitação adequada (Pran et al., 2021; Walsh, 2003). Neste sentido, a amputação proposta para RS representa não apenas uma perda, mas também uma oportunidade de restabelecer estabilidade clínica e de potenciar a sua

autonomia futura. Esta expectativa é expressa pela própria RS, que referiu: “O que mais quero é ver-me livre disto; a perna só me atrapalha e quero voltar a conseguir mexer-me.”.

9.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Feminino

9.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-03-2025 10:00	Pele e mucosas	

9.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A amputação transfemoral, apesar de constituir uma intervenção cirúrgica de elevada complexidade, é proposta, neste contexto, após longos períodos de sofrimento e complicações associadas à extremidade afetada, como infeções recorrentes e dor intensa. No caso de RS, o processo até à decisão cirúrgica foi marcado por múltiplas tentativas de cicatrização da ferida da coxa esquerda, com episódios de infeção por diferentes agentes microbiológicos. Foram assim identificados diagnósticos no domínio da pele e mucosas, nomeadamente ferida cirúrgica com necessidade de vigilância e tratamento.

As feridas cirúrgicas, pela sua natureza, apresentam risco elevado de complicações como infeção, deiscência, cicatrização tardia e dor persistente, impactando diretamente o conforto e a qualidade de vida da pessoa (Almeida et al., 2024). A adequada gestão do exsudado e a seleção criteriosa do material de penso são fundamentais para prevenir complicações, promover um ambiente de cicatrização equilibrado e reduzir a ansiedade associada ao processo (Almeida et al., 2025).

Durante as entrevistas, RS demonstrou consciência clara da situação e disponibilidade para avançar para a cirurgia, afirmando: “Assim que fizerem a operação, sei que fico melhor.”. Estas

verbalizações evidenciam a percepção da amputação como uma oportunidade de resolução e reforçam a pertinência de intervenções dirigidas à vigilância da ferida, ao controlo do risco de infeção e à capacitação para a autogestão no período pré-operatório.

A evidência recomenda o uso de materiais de penso com ação terapêutica com antimicrobianos, como o Aquacel® Ag, em feridas com risco ou presença de infeção, pelo seu efeito na redução da carga bacteriana, capacidade de absorção do exsudado e manutenção de um meio húmido protetor. A sua utilização deve ser reavaliada periodicamente, habitualmente após duas semanas, para decidir sobre a continuidade (Almeida et al., 2025).

Neste contexto, a ênfase no domínio da pele e mucosas decorre da situação clínica de RS, com foco no controlo da ferida cirúrgica e na preparação para a intervenção cirúrgica.

9.4. Conceção de Cuidados

Pele e mucosas

17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

17-03-2025 10:00 - Ferida cirúrgica

17-03-2025 10:00 - Localização da ferida cirúrgica

17-03-2025 10:00 - Coxa Esquerda(o)

17-03-2025 10:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 3.00 cm.

17-03-2025 10:00 - Exsudado em moderada quantidade.

17-03-2025 10:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: purulento.

17-03-2025 10:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: viscosa.

17-03-2025 10:00 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

17-03-2025 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.

17-03-2025 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

17-03-2025 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.

17-03-2025 10:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de granulação.

17-03-2025 10:00 - Presença de trajetos fistulosos.

17-03-2025 10:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.

17-03-2025 10:00 - Tecido / estrutura afetada: músculo / fáscia.

16-07-2025 09:00 - Localização da ferida cirúrgica

16-07-2025 09:00 - Coxa Esquerda(o)

16-07-2025 09:00 - Diâmetro da lesão tegumentar: 2.70 cm.

16-07-2025 09:00 - Exsudado em moderada quantidade.

16-07-2025 09:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: purulento.

16-07-2025 09:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: viscosa.

16-07-2025 09:00 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

16-07-2025 09:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.
16-07-2025 09:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
16-07-2025 09:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.
16-07-2025 09:00 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de granulação.
16-07-2025 09:00 - Presença de trajetos fistulosos.
16-07-2025 09:00 - Margens da lesão tegumentar regulares.
16-07-2025 09:00 - Tecido / estrutura afetada: músculo / fáscia.

17-03-2025 10:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

17-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Coxa Esquerda(o))

17-03-2025 10:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

17-03-2025 10:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica (Coxa Esquerda(o))

17-03-2025 10:00 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

17-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador.

17-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica

16-07-2025 09:00

16-07-2025 09:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

9.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- A avaliação sistemática da ferida deve contemplar dimensão, profundidade, exsudado, coloração, tecido de granulação, bordos e presença de sinais inflamatórios ou infeção. O uso de classificações e instrumentos validados permite uniformizar a linguagem e monitorizar a cicatrização (Almeida et al., 2024).
- Durante as visitas domiciliárias, foi realizada a avaliação da ferida cirúrgica localizada na coxa esquerda de RS, observando-se sinais inflamatórios ligeiros, mas sem agravamento. RS comentou: “Custa-me ver a ferida assim, mas noto que já não está tão vermelha como antes”.

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- A realização de cuidados locais à ferida deve respeitar princípios de assepsia, contemplando: higienização das mãos e preparação de campo estéril, com material adequado e técnica assética rigorosa; remoção do penso anterior, observando o leito e a pele perilesional para registar alterações; limpeza da ferida com solução de soro fisiológico estéril a 0,9%, aplicada sob pressão controlada (~8 psi, equivalente ao jato obtido com seringa de 20 ml acoplada a agulha/cateter de 19G), assegurando remoção de detritos e exsudado sem causar trauma (Almeida et al., 2025; World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), 2020); avaliação e limpeza da pele peri-lesional com compressa estéril embebida em soro fisiológico; aplicação de película protetora cutânea

devido ao risco de maceração pelo exsudado; seleção do material de penso com ação terapêutica adequado: aplicação de Aquacel® Ag, hidrofibra com prata iónica, indicada em feridas cirúrgicas com risco de infeção e exsudativas, pela sua capacidade de absorver o exsudado, formar gel protetor e reduzir a carga bacteriana (Almeida et al., 2025); fixação com penso secundário estéril, garantindo vedação adequada e conforto; registo clínico estruturado: características do leito (tipo de tecido, coloração), quantidade e aspeto do exsudado, integridade da pele perilesional, dor referida e resposta da utente.

Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica

- A autogestão da cicatrização constitui uma dimensão central no acompanhamento de pessoas com feridas, implicando a participação ativa da pessoa nos cuidados: compreender sinais de complicação, aderir ao regime terapêutico, executar cuidados básicos de forma correta e adotar medidas preventivas. Este conceito integra três componentes fundamentais: a gestão clínica (ex.: limpeza da ferida, aplicação de pensos, observação da pele perilesional), a gestão comportamental (aderência às orientações, integração de cuidados na rotina diária) e a gestão emocional (capacidade de lidar com a ansiedade e manter motivação para seguir os cuidados) (Saghdaoui et al., 2023).
- A literatura evidencia que programas estruturados de autogestão, frequentemente liderados por enfermeiros, que incluem educação, treino de competências e acompanhamento à distância, têm impacto positivo na cicatrização, na adesão ao plano terapêutico e na literacia em saúde, ainda que subsista falta de padronização teórica nesta área (Saghdaoui et al., 2023). A capacitação do doente permite reduzir riscos associados à má execução dos cuidados, aumentar a confiança no processo de cicatrização e favorecer resultados clínicos mais seguros.
- No caso de RS, a autogestão revelou-se presente, mas ainda com potencial de melhoria. Nas entrevistas, a utente partilhou: “Procuro não mexer no penso até à próxima visita, mas fico atenta se a pele à volta fica vermelha.”; “Quando vejo mais líquido, tento manter a perna quieta e espero para vos mostrar.”; “Já sei que não devo molhar a ferida no banho, por isso tapo-a sempre.”. Estas frases evidenciam a adoção de algumas medidas corretas de vigilância e prevenção, mas também mostram dependência da equipa de saúde para validar as suas observações e orientar decisões, traduzindo um processo de autogestão em consolidação. Assim, justifica-se a intervenção de enfermagem centrada na capacitação para sinais de alarme, monitorização estruturada e validação do conhecimento, promovendo maior autonomia e segurança no processo de cicatrização.

9.6. Síntese relativa ao caso

No caso de RS, o acompanhamento centrou-se na vigilância e tratamento da ferida cirúrgica da coxa esquerda, associada a episódios prévios de infeção e que culminou na amputação transfemoral.

As intervenções realizadas, avaliação sistemática da ferida, execução de tratamento em condições de assepsia com aplicação de cobertura de prata (Aquacel® Ag) e capacitação da utente para reconhecer sinais de complicação, permitiram ganhos em segurança e confiança no controlo local da ferida até à realização da cirurgia. RS referiu: “Fico mais tranquila quando vejo a ferida cuidada e tapada com o penso.”

A intervenção possibilitou ganhos em saúde, traduzidos na maior literacia sobre os cuidados à ferida, reforço da autogestão e vigilância adequada. A amputação transfemoral foi realizada na última quinzena do estágio, tendo RS sido posteriormente encaminhada para uma unidade de convalescença.

Este percurso evidenciou a importância da intervenção do EEECESF no período pré-operatório, preparando a utente e a família para a cirurgia e assegurando a continuidade dos cuidados.

10. MS

MS, de 77 anos, encontra-se reformado e reside com a esposa RS, beneficiando da proximidade de um dos filhos, TS, que vive no andar superior do edifício e presta apoio quando necessário. Desde o início da doença de RS, a sua rotina sofreu alterações significativas, passando a assumir responsabilidades domésticas e de gestão da casa, tarefas que não desempenhava habitualmente. Não manifesta insatisfação em realizá-las, mas admite sentir algum desgaste devido à postura crítica da esposa relativamente ao modo como as executa, situação que tem originado momentos de tensão conjugal. Durante o acompanhamento, MS mostrou-se particularmente apreensivo com a cirurgia programada para RS, verbalizando sentimentos de preocupação, tristeza e ansiedade perante a evolução clínica. Reconhece dificuldade em partilhar estas emoções com os filhos, para evitar sobrecarregá-los, embora valorize o apoio da família, sobretudo de TS.

10.1. Enquadramento teórico

Os cônjuges de pessoas em situação de doença crónica ou incapacitante experienciam frequentemente ansiedade significativa, relacionada com a incerteza quanto ao futuro, a sobrecarga de novas responsabilidades e a dificuldade em expressar sentimentos (Stenberg, et al, 2010; Wright & Leahey, 2019). No caso de MS, esta dimensão é central. Durante as entrevistas, referiu: “Tenho medo do que aí vem, mas não quero preocupar os rapazes”, revelando não apenas ansiedade, mas também contenção emocional para proteger os filhos. A crítica de RS relativamente à forma como executa as tarefas domésticas reforça momentos de tensão conjugal e amplifica a sua apreensão.

A aplicação da CQOLC resultou numa pontuação global de 51/132, revelando um impacto negativo acentuado da função de cuidador na sua qualidade de vida. Na dimensão sobrecarga emocional, obteve 7/52 pontos, valor que reflete sofrimento psicológico intenso. Quando questionado “Sente que tem alguém com quem possa falar sobre o que está a sentir?”, respondeu: “Não quero preocupar os rapazes... guardo para mim o que sinto.”. As perturbações ligadas ao cuidado (8/28) ilustram o impacto na rotina diária. À questão “De que forma a sua rotina diária foi afetada desde o início da doença do seu familiar?” MS refere: “Desde o início mudou tudo... passei a ser eu a tratar da casa, da comida, das contas. Nunca tinha feito isso antes. Faço sem problema, mas às vezes sinto-me cansado, e com a crítica dela parece que

nunca é suficiente. Sinto que já não tenho tempo para mim.". Para além destas alterações na vida quotidiana, a situação também o faz antecipar potenciais consequências económicas. Quando questionado "Esta situação teve impacto na sua estabilidade financeira?", referiu: "Ainda não mudou muito, mas penso no futuro e isso preocupa-me... preocupa-me muito!". As implicações pessoais do cuidado (8/20) revelam impacto na vida social e profissional. Questionado "De que forma o cuidar do seu familiar afetou o seu bem-estar físico ou social?", respondeu: "Saímos muito menos... e eu próprio sinto mais cansaço, já não tenho a mesma disposição. Tenho-me sentido ansioso e, às vezes, nem sei para onde me virar.". Apesar disso, a dimensão adaptação positiva registou 28/32 pontos, sugerindo mecanismos de coping e resiliência. Quando questionado "Há algo que tenha aprendido sobre si próprio(a) desde que começou a cuidar do seu familiar?" e "Sente que a sua fé, ou o seu sentido de espiritualidade, mudou?", partilhou: "Aprendi que consigo fazer mais do que pensava... e mesmo nos dias mais difíceis, agradeço por ainda estarmos juntos." Esta verbalização ilustra a capacidade de MS em reconhecer forças pessoais até então não conscientes, assim como em valorizar os aspetos positivos da experiência, mesmo num contexto adverso. A gratidão, expressa pela valorização da continuidade da vida em casal, revela-se como uma estratégia protetora, em linha com a literatura que associa o significado atribuído à experiência de cuidar ao desenvolvimento de resiliência e ao ajustamento positivo (Walsh, 2003; Wright & Leahey, 2019).

Os resultados da CQOLC e os dados obtidos nas entrevistas reforçam, assim, a evidência de que MS se encontra numa situação de ansiedade significativa e vulnerabilidade emocional, associada a alterações nos papéis familiares e a fragilidades na comunicação conjugal.

10.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 77 anos | Masculino

10.3. Domínios

Início

17-03-2025 10:00

Domínios

Emoção

Fim

10.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

No caso de MS, foi identificado como foco de atenção o domínio da emoção, com manifestações de ansiedade e de humor depressivo. Esta alteração ficou evidente nas entrevistas, quando afirmou: “Tenho receio dos gastos que possam vir a surgir” e “Não falo muito dos meus receios para não a preocupar”. A ansiedade, traduzida em preocupações excessivas e antecipatórias, é um sintoma frequente em familiares de pessoas com doença oncológica, associando-se a maior vulnerabilidade emocional e a dificuldades de adaptação (Geng et al., 2018).

Os resultados do Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) reforçaram estes dados, tendo MS obtido apenas 7/52 pontos na dimensão Sobrecarga Emocional, valor indicativo de sofrimento psicológico relevante. Foram ainda observados indícios de humor depressivo, caracterizados por diminuição do interesse e prazer em atividades anteriormente valorizadas, bem como alterações no tom de voz e discurso arrastado.

MS já se encontra acompanhado pelo seu médico de família, encontrando-se em gestão da sintomatologia associada à ansiedade e à depressão.

Estudos apontam que a ansiedade e o humor depressivo em familiares cuidadores estão frequentemente associados à ausência de estratégias eficazes de autocontrolo, ao défice de suporte social e à perceção de sobrecarga (Abdollahpour et al., 2012). No caso de MS, identificou-se potencial para reforço do conhecimento sobre estratégias promotoras de equilíbrio emocional e de autocontrolo, destacando-se como facilitadores a consciencialização sobre a relação entre pensamento positivo, sono e humor, bem como a valorização do regime medicamentoso.

Estas manifestações enquadram-se nas transições situacionais descritas por Meleis (2010a), em que a evolução da doença em RS desencadeia alterações emocionais significativas nos restantes elementos da família. O papel do EEECESF Familiar é determinante na monitorização da evolução destes sintomas, na promoção de estratégias de coping adaptativo e no reforço de recursos internos e externos que favoreçam a resiliência.

10.4. Conceção de Cuidados

Emoção

17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

17-03-2025 10:00 - Sem indícios de euforia.

17-03-2025 10:00 - Verbaliza ansiedade.

17-03-2025 10:00 - Sem manifestação de inquietação.

17-03-2025 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

17-03-2025 10:00 - Sem manifestação de pânico .

17-03-2025 10:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

17-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

17-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

17-03-2025 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.

17-03-2025 10:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

17-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [FIM]

16-07-2025 09:00

17-03-2025 10:00 - Humor depressivo

17-03-2025 10:00 - Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

16-07-2025 09:00 - Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

17-03-2025 10:00 - Determinar evolução do humor

17-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

17-03-2025 10:00 - Facilitar atividades de autocuidado

17-03-2025 10:00 - Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

17-03-2025 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

17-03-2025 10:00 - Executar escuta ativa

17-03-2025 10:00 - Promover autocontrolo: humor

17-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador.
16-07-2025 09:00 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador [MANTEVE].
17-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador.
16-07-2025 09:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: facilitador [MANTEVE].
17-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: facilitadora.
16-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].
17-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.
16-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].
17-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora.
16-07-2025 09:00 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor: facilitadora [MANTEVE].
17-03-2025 10:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora.
16-07-2025 09:00 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora [MANTEVE].
17-03-2025 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.
16-07-2025 09:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].
17-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor

16-07-2025 09:00

16-07-2025 09:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].
16-07-2025 09:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].
16-07-2025 09:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].
16-07-2025 09:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].
16-07-2025 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
16-07-2025 09:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

10.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar a escala CQOLC periodicamente.
- Recolher verbalizações espontâneas de MS sobre o seu estado emocional.
- Observar manifestações comportamentais.

Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

- Apoiar na definição de pequenos objetivos de autocuidado.
- Durante a entrevista, MS referiu “tenho um pequeno mato e gosto de ir para lá cuidar dele, manter tudo limpinho e estar lá o meio das árvores, mas agora não tenho tido muito tempo para isso.”. Negociou-se a inclusão desta prática na sua rotina, incentivando a reservar tempo para o contacto com a natureza, como forma de promover relaxamento e prazer pessoal.

Executar escuta ativa

- Estar disponível em consulta ou visita domiciliária para acolher expressões emocionais de MS sem julgamento; utilizar técnicas de silêncio terapêutico, validação e clarificação.

Avaliar evolução do autocontrolo do humor

- Observar estratégias de coping utilizadas por MS.
- Promover a reflexão sobre as estratégias que considera eficazes.
- Reforçar progressos e explorar alternativas quando necessário.

Avaliar evolução da ansiedade

- Observar manifestações físicas (taquicardia, sudorese, tensão muscular), comportamentais (inquietação, dificuldade de concentração) e emocionais (preocupação excessiva, medo) (American Psychiatric Association, 2022).
- Recolher verbalizações espontâneas durante as entrevistas familiares para identificar fatores precipitantes (Wright & Leahey, 2019).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ensinar sobre as técnicas de respiração e relaxamento muscular progressivo e promover a experimentação em contexto seguro, reforçando a autoconfiança - NIC: 5820 (Wagner et al., 2024).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Questionar sobre o entendimento da pessoa relativamente a técnicas de respiração, relaxamento muscular progressivo.
- A literacia em saúde mental é essencial para capacitar os indivíduos a lidar melhor com situações de saúde/doença (Fragoeiro et al., 2023).

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- Observar se o utente aplica as estratégias previamente ensinadas.
- Avaliar se consegue reconhecer os primeiros sinais de ansiedade e atuar de forma autónoma.

10.6. Síntese relativa ao caso

A aplicação da CQOLC em dois momentos distintos permitiu complementar a avaliação realizada

através da entrevista sistémica. MS apresentou uma pontuação global de 51/132 na primeira avaliação e 75/132 num dos últimos contactos. Esta evolução reflete uma melhoria significativa da qualidade de vida: apresentando uma melhor gestão emocional e maior apoio percebido (sobrecarga emocional: 7/52 na primeira avaliação e 18/52 na segunda); um menor impacto nas rotinas diárias (perturbações ligadas ao cuidado: de 8/28 para 15/28), as implicações pessoais atenuaram-se (de 8/20 para 14/20) e a adaptação positiva manteve-se elevada, sendo um grande fator protetor (28/32 em ambas as avaliações).

Durante a entrevista, MS referiu: “No início sentia que não ia conseguir, mas aos poucos percebi que precisava de arranjar formas de ultrapassar isto. Agora consigo parar, respirar e até tirar um tempinho para mim.” Esta verbalização evidencia a apropriação de estratégias de autocontrolo da ansiedade, aplicadas de forma autónoma. Estes recursos internos não só favoreceram a sua resiliência individual, como tiveram impacto positivo na família: ao conseguir gerir melhor a ansiedade e preservar momentos de autocuidado, MS melhorou as suas competências de comunicação, repercutindo-se também na qualidade da comunicação conjugal.

A intervenção de enfermagem permitiu confirmar que MS já detém conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade e que consegue aplicá-las de forma autónoma. Estes recursos internos não só favoreceram a sua resiliência individual, como tiveram impacto positivo na família: ao conseguir gerir melhor a ansiedade e preservar momentos de autocuidado, MS melhorou as suas competências de comunicação com impacto positivo na comunicação conjugal.

11. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Organização Mundial da Saúde (2019) incentiva a dinamização de programas de fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde pela promoção da integração e maximização dos CSP, destacando a importância de currículos orientados por competências, de uma supervisão contínua e de uma certificação rigorosa, como pilares para garantir cuidados acessíveis, eficazes e sustentáveis. A implementação da prática de enfermagem avançada é considerada relevante e necessária, sendo o investimento na formação especializada e na clarificação das competências clínicas um passo essencial para responder aos desafios atuais do sistema de saúde e melhorar a acessibilidade, a eficiência e a qualidade dos cuidados (Nunes et al., 2024).

A prestação de cuidados de enfermagem avançada pressupõe a integração de conhecimentos aprofundados, capacidade de análise crítica e tomada de decisão em contextos complexos, sustentando uma prática autónoma, ética e fundamentada na evidência científica, em consonância com o perfil do grau de mestre, definido no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março.

De acordo com o modelo de Benner (2001), o desenvolvimento do enfermeiro ocorre num contínuo que vai do iniciado ao perito, sustentado na experiência prática e na reflexão crítica. Neste enquadramento, o estágio constituiu uma oportunidade para consolidar competências especializadas, comuns e específicas em ESF, traduzindo a evolução de uma prática inicialmente mais dependente da supervisão para uma intervenção progressivamente mais autónoma e diferenciada. Partindo desta base, procede-se à análise das competências comuns do enfermeiro especialista, as quais se constituem como alicerce transversal ao exercício especializado, antecedendo a exploração das competências específicas em ESF.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, reconhece ao enfermeiro especialista um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que permitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados. Este regulamento sublinha a relevância de uma prática sustentada na análise crítica, na gestão de situações de elevada complexidade e na intervenção autónoma, orientada pelo desenvolvimento de planos de cuidados diferenciados. Estas competências estão organizadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento da

aprendizagem profissional. Neste enquadramento, importa analisar criticamente de que forma o estágio contribuiu para o seu desenvolvimento de cada domínio, explicitando as atividades realizadas, os desafios enfrentados e as aprendizagens consolidadas.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O enfermeiro especialista deve orientar a sua prática pelos enquadramentos legais, pelos princípios éticos universais da profissão e pelos referenciais deontológicos definidos pela OE. A Deontologia Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015) constitui, neste âmbito, um instrumento essencial para fundamentar atos e decisões, estabelecendo valores universais que devem pautar a relação profissional: a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, e a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Durante o estágio, estes valores foram incorporados na prática através da elaboração de planos de intervenção construídos em parceria com utentes e famílias, respeitando a sua capacidade de escolha e promovendo a autodeterminação. Um exemplo concreto surgiu numa família acompanhada, em que os pais optaram por não incluir o filho adolescente na entrevista familiar, atendendo à sensibilidade do tema: a doença oncológica de um dos progenitores. Esta decisão foi aceite, em respeito ao princípio da autonomia parental e à salvaguarda do bem-estar emocional do menor. Ainda assim, através da entrevista e da observação contextual, foi possível considerar as necessidades do adolescente, analisando de que forma estavam a ser reconhecidas e atendidas pela família. Esta abordagem permitiu equilibrar o respeito pela decisão parental com a defesa do melhor interesse do menor, com os princípios éticos e legais.

A verdade e a justiça refletiram-se na comunicação clara e acessível, que favoreceu decisões informadas, bem como no rigor dos registos clínicos. Foram assegurados os princípios de dignidade, respeito pelos valores familiares e cumprimento do enquadramento legal em vigor, designadamente no que respeita ao consentimento informado e aos direitos dos utentes. Particular atenção foi dada à confidencialidade e à segurança da informação, salvaguardando a identidade de todos os participantes no Projeto de Desenvolvimento de Competências e garantindo a privacidade durante a prestação de cuidados. O altruísmo e a solidariedade manifestaram-se no acompanhamento próximo de famílias em situação de maior vulnerabilidade, fomentando ambientes de cuidado respeitosos e seguros. Acresce ainda o respeito pelas diferenças culturais, religiosas e espirituais, aspeto que constituiu um desafio particular numa comunidade multicultural da área de influência da unidade, com necessidade de aprofundar conhecimentos para assegurar cuidados culturalmente sensíveis.

Deste modo, foi possível desenvolver uma prática ética e legal de acordo com os referenciais da profissão, assegurando cuidados que respeitam simultaneamente os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, em resposta às duas competências previstas neste domínio.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Este domínio integra a capacidade do enfermeiro especialista para analisar criticamente a prática, avaliar resultados, identificar oportunidades de melhoria e implementar intervenções baseadas na evidência, assegurando a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Neste contexto, foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua, intitulado promoção da consulta de ESF junto das famílias com elemento com doença oncológica (Anexo III). Este projeto foi concebido tendo por base a metodologia do Prémio de Boas Práticas em Saúde (PBPS), o que permitiu estruturar todas as etapas de forma sistemática. O projeto consiste numa ação de sensibilização, através da criação e implementação de um folheto informativo distribuído na unidade, com o objetivo de aumentar a visibilidade da consulta de ESF e promover a sua procura por parte das famílias. A elaboração envolveu diagnóstico de situação, identificação de barreiras à procura da consulta, construção e validação de conteúdos, em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012) e o RPQCEESF. Embora o folheto tenha sido concluído e validado pela equipa, a sua distribuição não chegou a decorrer durante o período de estágio, constituindo uma limitação deste percurso. Ainda assim, o processo de conceção e validação permitiu desenvolver competências em diagnóstico de situação, planeamento de intervenção e construção de materiais educativos baseados na evidência. Para além de se prever que potencie ganhos em literacia em saúde e continuidade de cuidados, esta intervenção poderá contribuir para valorizar a consulta de ESF como espaço estruturado de apoio à família, reforçando a articulação entre CSP e o contexto hospitalar.

Foi possível integrar a elaboração do primeiro Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF) da unidade, no âmbito da Carta de Compromisso 2025. Até então, a unidade não tinha contratualizado objetivos nem estruturado formalmente um plano de ação, pelo que este processo representou um marco organizacional significativo. Por iniciativa da equipa, foi possível participar na reunião com um coordenador da ULS responsável pelo acompanhamento da contratualização, o que constituiu uma experiência diferenciadora, permitindo compreender de forma direta a contratualização como instrumento de regulação, monitorização e responsabilização em CSP. Este envolvimento contribuiu para o desenvolvimento de competências em planeamento estratégico, análise de indicadores e definição de prioridades, bem como para a perceção da articulação necessária entre as metas locais e os objetivos estratégicos definidos a nível da ULS.

No âmbito deste processo, foi desenvolvido e aplicado o questionário de satisfação dos utentes, incluindo a análise e tratamento estatístico dos dados e a elaboração de um relatório com apresentação dos resultados à equipa (Anexos IV e V). Esta atividade constituiu um contributo direto para a monitorização da qualidade dos cuidados e para a definição de estratégias de

melhoria, permitindo dar voz aos utentes e integrar a sua perspetiva no planeamento da unidade. Deste exercício de monitorização emergiu a necessidade de melhorar o processo de integração e informação das famílias na unidade, o que levou à elaboração do Guia de Acolhimento do Utente da UCSP (ANEXO VI). Este recurso educativo e organizacional constituiu uma medida de melhoria contínua da qualidade, permitindo otimizar a comunicação, reduzir ambiguidades no percurso assistencial e reforçar a previsibilidade e segurança dos cuidados prestados. A sua conceção, em articulação com a equipa, representou um contributo relevante para a consolidação de uma cultura organizacional centrada no utente. A utilidade do guia foi avaliada através de comentários informais da equipa e dos utentes, que consideraram a informação clara e útil para responder a dúvidas recorrentes.

Ainda neste domínio, destaca-se a responsabilidade do enfermeiro especialista em desenvolver práticas de qualidade centradas na família e seus elementos, assegurando a segurança clínica e a efetividade terapêutica. Nesse sentido, foi fomentada a promoção de um ambiente respeitoso da identidade cultural e das necessidades espirituais dos utentes e famílias. Contudo, em alguns momentos emergiram dificuldades relacionadas com barreiras linguísticas, sendo necessário recorrer à comunicação em inglês com algumas famílias que não dominavam a língua portuguesa. Limitação que pode induzir erros de comunicação, comprometendo a qualidade dos cuidados, enviesando os objetivos terapêuticos e, em última instância, gerando impacto acrescido nos custos da prestação de cuidados de saúde (Oliveira et al., 2011).

Relativamente à segurança terapêutica, a prática foi enquadrada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022), que estabelece como prioridades a padronização dos procedimentos, a redução do risco e a promoção de uma cultura de segurança organizacional. Incentivou-se também a adoção de boas práticas de ergonomia, como a utilização do regulador hidráulico das marquesas nas salas de tratamento e ajuste dos equipamentos dotados de visor, prevenindo lesões associadas a posturas inadequadas. Foram também aplicadas práticas seguras no tratamento da informação e nos registos clínicos, assegurando confidencialidade e proteção de dados. Relativamente à gestão do risco, foi elaborado, em colaboração com a enfermeira tutora, um documento de registo de incidentes críticos, destinado a uniformizar a notificação de situações suscetíveis de comprometer a segurança de utentes, famílias ou profissionais. Este instrumento permite a análise sistemática das ocorrências e a definição de medidas preventivas, contribuindo para a consolidação de uma cultura de segurança organizacional.

Deste modo foram asseguradas as competências deste domínio: a dinamização de iniciativas institucionais de governação clínica, a colaboração em programas de melhoria contínua e a garantia de ambientes terapêuticos e seguros, consolidando o papel do enfermeiro especialista como agente promotor da qualidade em saúde.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista deve assegurar a coordenação e a otimização da resposta da equipa de saúde, garantindo que a prestação de cuidados decorre com qualidade, segurança e eficiência. No decurso do estágio, a adaptação às especificidades organizacionais da UCSP implicou o reconhecimento dos papéis e funções dos diferentes profissionais, promovendo a integração nas dinâmicas existentes de forma harmoniosa. Sempre que pertinente, foi disponibilizada assessoria à equipa, apoiada na experiência profissional prévia em oncologia, o que contribuiu para a tomada de decisão em situações específicas e reforçou a segurança terapêutica dos cuidados prestados. A articulação com outros níveis de cuidados concretizou-se na referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a continuidade assistencial.

Foram igualmente implementados métodos de organização do trabalho que privilegiaram a utilização racional dos recursos, nomeadamente através da articulação dos horários de consultas de enfermagem com os restantes elementos da equipa. Estas estratégias permitiram organizar o processo de trabalho de forma mais eficiente e segura, garantindo maior previsibilidade na resposta às famílias e reduzindo falhas associadas à gestão do tempo e dos recursos.

Foram asseguradas a gestão e a otimização dos cuidados de enfermagem, em articulação com a equipa de saúde, e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos ao contexto, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde familiar.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista é chamado a desenvolver o autoconhecimento, a assertividade e a reflexividade crítica, fundamentando a sua prática clínica em evidência científica e assumindo a aprendizagem contínua como eixo estruturante da profissão. Neste percurso destacou-se a elaboração e implementação do Projeto de Desenvolvimento de Competências, centrado na abordagem do EEECESF às famílias com elemento com doença oncológica, sustentado pelo MDAIF e complementado pela CQOLC. O projeto foi apresentado à equipa em reunião semanal (Anexo VII), promovendo um momento reflexivo coletivo que possibilitou a discussão das limitações da intervenção junto destas famílias e a identificação de áreas de melhoria na prática clínica.

Um dos aspetos mais desafiantes prendeu-se com a diferença no ritmo e na intensidade de contacto com utentes e famílias. No contexto hospitalar, em particular na oncologia, o acompanhamento decorre de forma contínua e próxima, permitindo observar diariamente a evolução clínica e estabelecer relações de grande proximidade num curto espaço de tempo. Nos CSP, pelo contrário, os contactos são mais espaçados no tempo, o que significa que, entre

consultas, podem ocorrer alterações relevantes, como a progressão da doença ou acontecimentos críticos na dinâmica familiar. Embora a duração limitada do estágio condicionasse o tempo disponível para acompanhar as famílias, foi possível estabelecer relações terapêuticas significativas, ainda que num espaço temporal mais reduzido. Esta realidade exigiu o desenvolvimento de estratégias para otimizar cada contacto, potenciando a escuta ativa, a definição clara de prioridades e a negociação de objetivos realistas com a família. Desta forma, foi possível assegurar a continuidade da intervenção, apesar da limitação temporal, reforçando a capacidade de adaptação e a prática reflexiva em ESF.

Paralelamente, a elaboração deste relatório representou um exercício de sistematização das aprendizagens realizadas ao longo do estágio, favorecendo a reflexão crítica sobre o percurso formativo e o desenvolvimento de competências especializadas. Este processo permitiu clarificar os progressos alcançados, reconhecer áreas a consolidar e reforçar o autoconhecimento profissional.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, salienta-se ainda a participação em eventos científicos, nomeadamente com comunicações em formato póster no VI Congresso Internacional de ESF (CINESF) (ANEXOS VIII, IX, X e XI). Esta participação constituiu uma oportunidade de reflexão crítica e partilha de conhecimento, contribuindo para a valorização da prática baseada na evidência e para a consolidação do papel do enfermeiro especialista enquanto agente de desenvolvimento profissional.

De forma complementar, foram frequentadas várias formações e eventos científicos que reforçaram o compromisso com a atualização permanente e a integração da evidência científica atualizada na prática clínica, consolidando uma postura crítica e reflexiva perante os desafios emergentes. Destacam-se:

- Formação Profissional dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da OE (Anexo XII);
- Webinar “Projetos de Melhoria Contínua: do Pensamento à Ação”, da OE (Anexo XIII);
- VII Conferência Internacional de Investigação em Saúde: Desafios à Ciência para um Futuro Sustentável, da ESSNorteCVP (Anexo XIV);
- 1.º Simpósio Cuidar em Oncologia, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (Anexo XV);
- XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas voltadas para a Família – Rumo ao Desenvolvimento Sustentável, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo XVI);
- XVIII Encontro Científico “Cuidados Paliativos: Conforto, Dignidade e Cuidado”, da ESSNorteCVP, incluindo os workshops “Conferência Familiar e o Envolvimento dos Cuidados” e “Processo de Luto nas Diferentes Perdas” (Anexos XVII, XVIII e XIX).

Embora tenham sido frequentadas diversas iniciativas, algumas revelaram-se particularmente transformadoras. A Formação Profissional dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem contribuiu para consolidar a importância de alinhar a prestação de cuidados com

critérios de qualidade reconhecidos, aspeto que orientou, também, a conceção do projeto de melhoria contínua desenvolvido na unidade. Já o 1.º Simpósio Cuidar em Oncologia proporcionou uma reflexão aprofundada sobre os processos de adaptação das famílias em contexto oncológico e sobre a importância de promover a resiliência, perspetivas que reforçaram a análise crítica realizada nas entrevistas familiares e a valorização dos recursos familiares. Estas aprendizagens reforçaram a integração da evidência científica na prática e consolidaram a identidade profissional em ESF.

Para além das atividades desenvolvidas durante o estágio, destacou-se uma iniciativa subsequente que evidencia o impacto prolongado do mestrado na prática profissional: a participação, em colaboração com colegas de serviço, no 1.º Fórum de Urologia Oncológica em Medicina Geral e Familiar, organizado pelo Serviço de Urologia do IPO-Porto, com a apresentação do póster intitulado “Reservatório urinário continente: continuidade dos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar”. Esta comunicação sublinhou a relevância da articulação entre níveis de cuidados e da capacitação dos enfermeiros para assegurar a continuidade assistencial, consolidando competências adquiridas no mestrado, nomeadamente em comunicação e divulgação científica. No âmbito da ESF, a divulgação de práticas baseadas na evidência assume particular importância, contribuindo para o reconhecimento e valorização do papel do EEECESF.

Considera-se, assim, que este domínio foi marcado por aprendizagens significativas e transformadoras, traduzidas na capacidade de integrar teoria, prática e reflexão crítica, sustentando uma intervenção autónoma, ética e diferenciada. Foram asseguradas as competências previstas neste domínio: o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, através da reflexão crítica e da sistematização das aprendizagens, e a fundamentação da prática clínica especializada na evidência científica, garantindo uma intervenção autónoma, diferenciada e promotora de conhecimento no seio da equipa multidisciplinar.

Em síntese, o estágio possibilitou o desenvolvimento e a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, evidenciando a integração de princípios éticos e legais, a promoção da qualidade, a capacidade de gestão de cuidados e a valorização da aprendizagem contínua. Concluída esta análise, procede-se à reflexão sobre as competências específicas do EEECESF.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE FAMILIAR:

O Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, define que o EEECESF possui um conjunto de competências determinantes para a promoção da saúde e a prevenção da doença, com enfoque

na abordagem à família como unidade de cuidados. Esta intervenção exige uma perspetiva abrangente, que integre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, permitindo ao enfermeiro reconhecer a singularidade de cada família, identificar as suas necessidades e potencialidades e, em colaboração com os seus elementos e outros profissionais de saúde, delinear respostas adequadas e personalizadas. Neste contexto, as competências específicas do EEECESF serão explanadas individualmente, articulando cada uma das competências com as respetivas unidades de competência (UC).

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 objetivo 1 do Projeto de Desenvolvimento de Competências foi delineado para operacionalizar esta competência: “desenvolver competências para cuidar da família com elemento com diagnóstico de doença oncológica, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”.

UC 1.1 — Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas

Nas interações com as famílias, privilegiou-se uma comunicação aberta, permitindo explorar tanto as necessidades coletivas como as preocupações individuais de cada elemento. Esta abordagem facilitou a definição de objetivos realistas e significativos, respeitando a perspetiva da própria família. Neste processo promoveu-se o reconhecimento das forças familiares como recursos para lidar com a transição saúde/doença. Nas famílias acompanhadas foram identificadas forças que funcionaram como recursos na gestão da transição saúde/doença, nomeadamente a coesão e o suporte mútuo entre os seus elementos, a valorização da espiritualidade como fonte de esperança, bem como a mobilização de redes informais de apoio, constituídas por familiares e amigos próximos.

UC 1.2 — Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família

A colheita de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, apoiada na matriz operativa do MDAIF, complementada pela consulta de registos clínicos e pela aplicação de instrumentos como o genograma e o ecomapa. Apesar da sua relevância, o MDAIF revelou-se extenso, tornando necessária a realização de vários contactos para explorar de forma faseada os diferentes focos, evitando a sobrecarga das famílias. Para apoiar este processo, conforme já referido, foi desenvolvido um Instrumento de Apoio à Consulta Familiar (Anexo II). Este recurso integrou: o MDAIF e os instrumentos de avaliação familiar nele previstos; a CQOLC, que permitiu uma avaliação quantitativa da qualidade de vida dos familiares; um conjunto de questões semiestruturadas abertas, formuladas para explorar qualitativamente os domínios avaliados pela escala; e um questionário de satisfação global com o suporte recebido. A aplicação da

CQOLC decorreu de forma fluida, sustentada pelo pedido de autorização previamente concedido (Anexo XX) e pelo estudo aprofundado da escala, que permitiu aplicá-la com segurança e analisar criticamente os resultados obtidos no contexto familiar. Já no caso do questionário de satisfação, o desafio centrou-se no tempo necessário à sua conceção, procurando assegurar que os itens fossem claros, pertinentes e ajustados ao contexto. A recolha de informação foi, assim, efetuada diretamente junto das famílias, integrando múltiplas fontes de dados, o que possibilitou uma avaliação mais completa e fundamentada.

UC 1.3 — Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas

No decurso do estágio, a monitorização das respostas familiares em situações de complexidade clínica traduziu-se na integração de conhecimentos de enfermagem com contributos de outras áreas científicas, nomeadamente psicologia, sociologia e ciências da saúde, de forma a sustentar a tomada de decisão clínica. Esta análise implicou a recolha e interpretação de dados sobre o histórico familiar, as relações entre os seus elementos, o estado atual de saúde e os padrões de resposta em momentos de crise, como o diagnóstico de doença oncológica, o luto ou a dependência funcional. Foi igualmente considerada a influência das etapas de desenvolvimento individual e familiar, reconhecendo os desafios e tarefas próprios de cada fase. As crenças espirituais e culturais, os fatores ambientais e os recursos disponíveis foram igualmente valorizados, nomeadamente a espiritualidade como suporte em situações de perda ou a família alargada como recurso fundamental na sobrecarga do cuidador. De forma transversal, avaliou-se a reciprocidade entre indivíduo, família, saúde e ambiente, evidenciando-se como doença de um elemento se repercute na dinâmica familiar, exigindo reorganização de papéis e ajustamentos ao quotidiano, e como os recursos condicionam a forma de resposta familiar.

UC 1.4 — Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica

A prática desenvolvida pautou-se por uma abordagem sustentada na evidência científica, procurando capacitar as famílias na definição de metas realistas e expectativas promotoras da sua saúde, a partir das suas próprias prioridades. Foram criados espaços de comunicação seguros, que favoreceram a expressão de receios, dúvidas e sentimentos em torno de temas difíceis, promovendo um diálogo aberto e respeitador. A utilização do MDAIF e de instrumentos complementares, como o genograma, o ecomapa e a CQOLC, possibilitou uma avaliação sistemática e crítica, garantindo uma compreensão abrangente da dinâmica familiar e dos focos de intervenção. Esta análise evidenciou de forma clara a influência do binómio saúde/doença e de fatores ambientais na resposta da família. Com base nesse processo avaliativo, foram coconstruídos planos de cuidados personalizados, desenvolvidos em colaboração com cada família, orientados para a obtenção dos resultados por elas considerados significativos. Esta integração entre evidência, reflexão crítica e parceria com a família permitiu fundamentar

intervenções mais eficazes, centradas nas suas necessidades e potenciadoras da sua adaptação.

UC 1.5 — Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas

A intervenção nas famílias a vivenciar a transição saúde/doença assentou na promoção de um diálogo aberto e colaborativo, facilitando a definição e a consecução dos objetivos. A priorização das áreas de intervenção foi realizada colaborativamente com a família, potenciando recursos já existentes e recorrendo a técnicas motivacionais e de reforço das suas próprias forças. As intervenções foram operacionalizadas em contexto de consulta e de visita domiciliária, permitindo ajustar a abordagem às necessidades reais e às preferências expressas pelos elementos da família. Foram igualmente fundamentadas na integração da evidência clínica e da investigação atualizada, recorrendo à pesquisa em bases de dados científicas, o que possibilitou sustentar a tomada de decisão. Paralelamente, foram promovidas formas de resolução de conflitos e de gestão de emoções difíceis. A prestação de cuidados pautou-se por princípios de segurança e qualidade, promovendo ambientes familiares saudáveis e reduzindo os fatores de risco identificados. Foi promovido um espaço de segurança e confiança, que possibilitou a abordagem de temas sensíveis, garantindo em todo o momento o respeito pelas escolhas e vontades de cada elemento da família.

UC 1.6 — Facilita a resposta da família em situação de transição complexa

No acompanhamento às famílias com elemento com doença oncológica, foi encorajada a partilha das suas histórias e experiências, criando espaço para a expressão de sentimentos e narrativas que ajudaram a compreender o impacto da transição saúde/doença. Este processo possibilitou identificar forças e oportunidades de crescimento, reforçando a consciência das suas próprias capacidades e potenciando mudanças adaptativas. Foram analisados os aspetos da dinâmica familiar que favoreciam ou dificultavam a adaptação. Em colaboração com a família, foram definidas estratégias para alcançar os objetivos estabelecidos e identificados os recursos necessários para a sua concretização.

O feedback foi transmitido às famílias de forma sistemática, destacando sobretudo os seus pontos fortes e a capacidade demonstrada na gestão da situação. Esta validação mostrou-se essencial para reforçar o empoderamento, aumentar a confiança nas estratégias implementadas e promover a corresponsabilização no processo de cuidados. Os progressos, desafios e mudanças observados foram analisados regularmente em conjunto, incentivando também o feedback por parte da família. Para apoiar este processo, foram utilizados questionários semiestruturados e escalas tipo Likert, permitindo recolher informação estruturada sobre a perceção da família relativamente à adaptação e às estratégias implementadas.

A documentação do processo de cuidados foi realizada no SClínico CSP, sempre que possível,

ainda que se reconheçam as limitações do sistema no registo detalhado da avaliação familiar.

UC 1.7 — Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar

O envolvimento intencional na prática clínica permitiu transformar cada interação com as famílias em oportunidade de aprendizagem, sustentada pela orientação da tutora e pela colaboração da equipa multidisciplinar, que foram fundamentais para aperfeiçoar a intervenção e consolidar a tomada de decisão. A autoavaliação contínua da prática favoreceu a identificação de aspetos a melhorar, potenciando um desempenho progressivamente mais autónomo e fundamentado na evidência. A reflexão crítica sobre as interações estabelecidas possibilitou compreender o impacto das intervenções no progresso das famílias, mas também reconhecer a necessidade de ajustar estratégias quando os resultados não correspondiam às expetativas.

A prática foi desenvolvida em conformidade com os padrões preconizados pela OE, garantindo qualidade, segurança e respeito pelos princípios éticos e deontológicos. O compromisso com o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo refletiu-se na participação em ações formativas e congressos, bem como na produção de materiais científicos e educativos, que contribuíram para ampliar competências e sustentar a prática baseada na evidência. A colaboração ativa na resolução de problemas complexos em saúde familiar consolidou a perceção do EEECESF como agente de responsabilização e de coesão no seio da equipa de saúde.

UC 1.8 — Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem

A monitorização e avaliação das intervenções concretizaram-se através da análise dos critérios de resultado e identificação dos ganhos em saúde decorrentes da implementação do MDAIF, evidenciados pela alteração do juízo dos diagnósticos familiares, conforme se apresenta nos quadros-síntese seguintes.

Quadro 1 - Avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem: Família I

Diagnósticos iniciais	Intervenções	Diagnósticos após intervenção	Ganhos em saúde familiar
Papel do prestador de cuidados não adequado (por saturação do papel)	• Promover comunicação expressiva das emoções. • Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação). • Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família. • Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família. • Promover o envolvimento da família alargada. • Promover estratégias de coping.	Papel do prestador de cuidados adequado	• Reforço da comunicação familiar, valorizando a partilha de sentimentos e perceções já existentes e criando um espaço seguro para a expressão emocional. • Redução da sobrecarga de V, através da redistribuição de tarefas com D e da abertura para envolver a família alargada. • Aumento da perceção de apoio mútuo, com D a referir: “Agora sinto que sei melhor onde posso ajudar”. • Melhoria das estratégias de coping, com valorização de momentos de autocuidado, como V partilhou após a sugestão de retomar pequenas pausas: “Ir ver o mar fez-me bem”.

Quadro 2 - Avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem: Família II

Diagnósticos iniciais	Intervenções	Diagnósticos após intervenção	Ganhos em saúde familiar
Satisfação conjugal não mantida (por comunicação não eficaz e relação dinâmica disfuncional)	- Promover comunicação expressiva das emoções. - Promover a comunicação do casal - Planear rituais familiares.	Satisfação conjugal mantida	- Reforço da comunicação conjugal, com melhoria da expressão emocional e aumento da escuta ativa entre o casal. - Valorização de momentos de partilha e planeamento conjunto de rotinas. - Manutenção da satisfação conjugal, refletida na perceção de maior proximidade e apoio mútuo, traduzida em verbalizações como “voltámos a ter tempo um para o outro”. - Consolidação de rituais familiares (como o período ao final da tarde, para estarem juntos no jardim ou na sala), promovendo o equilíbrio entre as exigências de cuidado e o bem-estar relacional.
Processo familiar disfuncional (por comunicação não eficaz)	- Otimizar a comunicação na família - Otimizar o padrão de assertividade.	Processo familiar não disfuncional	Melhoria do processo comunicacional entre os membros da família, com aumento da assertividade e escuta ativa, reconhecendo “quando cada um diz claramente o que precisa, tudo se torna mais fácil”.
Abastecimento de água não adequado	- Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água. - Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água. - Orientar para serviços de controlo da qualidade da água.	Abastecimento de água adequado	- Aquisição de conhecimentos sobre a importância do controlo e manutenção da qualidade da água. - A família optou pelo uso exclusivo da água de rede pública para consumo humano.

Complementarmente, foi reaplicada a CQOLC, possibilitando quantificar a evolução da qualidade de vida percebida dos familiares, em diferentes domínios, nomeadamente a sobrecarga emocional, as perturbações ligadas ao cuidado, as implicações pessoais e a adaptação positiva. Os resultados encontram-se sintetizados nos quadros seguintes, permitindo evidenciar ganhos mensuráveis decorrentes da intervenção.

Quadro 3 - Pontuação da CQOLC antes e após intervenção: elemento da Família I

Dimensões	1.ª Avaliação	2.ª Avaliação	Interpretação
Pontuação Global (0-132)	45	49	Discreta melhoria da qualidade de vida percebida.
Sobrecarga Emocional (0-52)	6	5	Manutenção de pontuação baixa, revelando elevada sobrecarga emocional.
Perturbações Ligadas ao Cuidado (0-28)	10	14	Redução discreta das perturbações ligadas ao cuidado.
Implicações Pessoais do Cuidado (0-20)	9	6	Aumento das implicações pessoais do cuidado.
Adaptação Positiva (0-32)	20	24	Discreto aumento da adaptação positiva.
Nota: A leitura destes resultados deve considerar o agravamento do estado clínico do elemento da família com doença oncológica, que implicou maior exigência de cuidados e ajustamentos contínuos na dinâmica familiar. Assim, a manutenção ou redução de algumas pontuações reflete sobretudo o impacto da evolução da doença, mais do que a ausência de ganhos decorrentes da intervenção.			

Quadro 4 - Pontuação da CQOLC antes e após intervenção: elemento da Família II

Dimensões	1.ª Avaliação	2.ª Avaliação	Interpretação
Pontuação Global (0-132)	51	75	Melhoria significativa da qualidade de vida.
Sobrecarga Emocional (0-52)	7	18	Melhor gestão emocional.
Perturbações Ligadas ao Cuidado (0-28)	8	15	Menor impacto nas rotinas diárias.
Implicações Pessoais do Cuidado (0-20)	8	14	Diminuição das implicações pessoais.
Adaptação Positiva (0-32)	28	28	Adaptação positiva manteve-se elevada, sendo um grande fator protetor.

A entrevista semiestruturada pós-intervenção e a aplicação do questionário de satisfação global, em formato misto (itens em escala de Likert e questões abertas), possibilitaram a avaliação da perceção da família sobre o impacto das intervenções realizadas. A síntese dos resultados é apresentada nos quadros seguintes.

Quadro 5 - Aplicação do questionário de satisfação global com o suporte recebido: Família I

Dimensões avaliadas	Pontuação (1-5)
Qualidade da comunicação	5
Relevância e adequação das intervenções	5
Impacto no bem-estar	4
Apoio percebido	5
Satisfação global	5
Dados qualitativos: A família expressou particular valorização das orientações sobre prevenção de úlceras de pressão, gestão da rotina de cuidados e sinais de alerta. Destacou a clareza da informação, o apoio emocional e o sentimento de segurança proporcionados pela presença regular do enfermeiro.	

Quadro 6 - Aplicação do questionário de satisfação global com o suporte recebido: Família II

Dimensões avaliadas	Pontuação (1-5)
Qualidade da comunicação	5
Relevância e adequação das intervenções	5
Impacto no bem-estar	4
Apoio percebido	4
Satisfação global	5
Dados qualitativos: A família referiu que “as consultas ajudaram a falar em conjunto sobre o que sentíamos” e que “foi útil para encontrar estratégias para lidar com a situação”. O apoio emocional e a utilidade prática das orientações foram amplamente valorizados.	

A análise conjunta dos dados quantitativos e qualitativos permitiu compreender de forma mais abrangente o ajustamento da família face à situação vivida, identificando perceções positivas quanto ao apoio recebido e à adequação das intervenções às necessidades sentidas. Estes

resultados reforçam a importância da monitorização contínua e da abordagem centrada na família na avaliação dos ganhos em saúde.

O desenvolvimento da Competência Específica 1 possibilitou uma prática centrada na família como unidade de cuidados, alicerçada na aplicação do MDAIF, no uso de instrumentos de avaliação validados e na coconstrução de planos de cuidados personalizados. As intervenções, realizadas em consultas e visitas domiciliárias, integraram técnicas motivacionais e estratégias de coping, valorizando as forças e redes de suporte familiares. Os objetivos definidos no projeto de desenvolvimento de competências foram atingidos, sendo que as metas previstas foram alcançadas, verificando-se a realização das avaliações sistémicas, o desenvolvimento e implementação de planos de cuidados e a reavaliação das famílias com ganhos em saúde documentados. A monitorização, através da reaplicação da CQOLC e de questionários de satisfação, permitiu documentar ganhos em saúde e reforçar a corresponsabilização no processo de cuidados. Este percurso consolidou uma prática baseada na evidência, autónoma e reflexiva, evidenciando a evolução no domínio da ESF em contextos de elevada complexidade.

2 - LIDERA E COLABORA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O objetivo 2 do Projeto de Desenvolvimento de Competências foi delineado para operacionalizar esta competência: “desenvolver competências de liderança e colaboração nos processos de intervenção em ESF, em particular junto de famílias com elemento com doença oncológica”.

UC 2.1 — Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família

Na prática do EEECESF, esta unidade de competência traduz-se na capacidade de garantir que as famílias recebam uma resposta integrada e articulada entre diferentes profissionais e instituições. Sempre que identificado, procedeu-se ao encaminhamento para recursos comunitários ou para profissionais especializados, assegurando uma referenciação oportuna e em conformidade com a vontade da família. Destaca-se a referenciação para a RNCCI, procedendo-se ao preenchimento do formulário no sistema de informação. O processo implicou a sistematização de informação clínica relevante, sendo um processo moroso e exigente em termos de familiaridade com o sistema de informação, aspeto que reforçou a importância da aprendizagem prática e da colaboração entre profissionais para garantir uma referenciação eficaz. Foi promovida a continuidade de cuidados entre o hospital e os CSP, procurando alinhar a intervenção clínica com os objetivos familiares e contribuindo para a utilização mais eficiente dos serviços.

Paralelamente, os resultados obtidos junto das famílias em estudo foram partilhados pontualmente com a equipa, permitindo refletir sobre as necessidades identificadas. Esta

partilha constituiu um exercício de difusão de conhecimento e de melhoria dos cuidados em ESF. A partilha da experiência profissional prévia em oncologia permitiu apoiar a equipa na abordagem de situações complexas, funcionando como recurso e reforçando a capacidade da equipa na resposta a famílias em transição saúde/doença.

UC 2.2 — Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

Centrado na promoção da consulta de ESF junto de famílias com elemento com doença oncológica, foi desenvolvido, conforme já referido, um projeto de melhoria contínua que resultou na criação de um folheto informativo sobre esta consulta. Este recurso assume particular relevância por se constituir como instrumento de apoio às famílias e de incentivo à procura ativa dos cuidados. Este projeto resultou de uma iniciativa individual, validada pela equipa, o que permitiu integrar contributos críticos e, simultaneamente, evidenciar capacidade de iniciativa, autonomia e liderança em contexto colaborativo. A sua conceção envolveu ainda momentos de discussão com a equipa multidisciplinar, favorecendo uma prática interprofissional baseada na integração da experiência clínica e da evidência científica. O folheto representa uma forma de integrar as tecnologias de informação e comunicação na promoção da visibilidade da ESF, configurando-se como uma iniciativa com impacto organizacional, ao favorecer a continuidade dos cuidados e reforçar a visibilidade da consulta de ESF.

O desenvolvimento da Competência Específica 2 permitiu consolidar capacidades de liderança colaborativa e de articulação interdisciplinar, fundamentais na ESF. Os objetivos definidos no projeto de desenvolvimento de competências e as metas estabelecidas para esta competência foram atingidos, traduzindo-se na identificação das intervenções percecionadas pelas famílias como eficazes, na realização de atividade formativa à equipa multidisciplinar da UCSP e na elaboração de um projeto de melhoria contínua, assim como na elaboração de um material informativo de comunicação visual e escrita dirigido às famílias com elemento com doença oncológica. Estas experiências evidenciaram a importância do EEECESF enquanto agente de mudança, capaz de transformar a prática em benefício das famílias e da equipa multidisciplinar.

Para além do contexto dos CSP, estas competências refletiram-se também na prática profissional em ambiente hospitalar, onde a consideração do contexto familiar do utente se revelou frequentemente facilitadora da prestação de cuidados, nomeadamente no processo de capacitação do cuidador. Esta abordagem tem contribuído para uma inclusão mais sistemática das necessidades e expectativas de cada elemento familiar, reforçando a corresponsabilização. Progressivamente, esta perspetiva traduziu-se na assunção de um papel de referência, junto da equipa, na gestão de situações em que as questões familiares assumem particular relevância.

Em síntese, o estágio possibilitou a consolidação progressiva de competências comuns e específicas, traduzindo-se numa prática mais autónoma, crítica e diferenciada. De forma transversal, a experiência vivida refletiu uma evolução gradual, de uma atuação inicialmente

mais dependente da supervisão para uma prática sustentada em evidência e orientada pela análise crítica, em consonância com o modelo de Benner (2001).

Os principais ganhos centraram-se no reforço da autonomia na avaliação e na intervenção familiar, no desenvolvimento do pensamento crítico para a análise de situações complexas e na utilização sistemática de instrumentos de avaliação e de planeamento fundamentado na evidência científica. Reconhece-se, contudo, que os processos de referenciação constituem uma área a consolidar, condicionada pela limitação temporal do estágio, pelo número restrito de casos e pela morosidade inerente a estes processos.

Como objetivos futuros, destaca-se a continuidade da integração da perspectiva da ESF na prática hospitalar, procurando torná-la cada vez mais sistemática e visível no acompanhamento aos utentes e famílias em transição saúde/doença. Mantém-se, ainda, o propósito de integrar os CSP, concretizando a motivação pessoal e profissional de exercer no âmbito da ESF, área que constitui uma ambição e um objetivo a prosseguir.

12. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O relatório que agora se conclui traduz o percurso desenvolvido durante o estágio na UCSP, integrado no Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de ESF, integrando prática clínica, reflexão crítica e sustentação teórica e normativa. Permitiu, como proposto, analisar criticamente as atividades realizadas e demonstrar a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEECESF, articulando a intervenção em contexto clínico com os referenciais profissionais e regulamentares, com particular destaque para o Regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 428/2018.

A abordagem às famílias com elemento com doença oncológica permitiu a integração da experiência profissional com os conhecimentos e competências adquiridos no mestrado, possibilitando uma abordagem centrada nas suas necessidades. A abordagem inicial a estas famílias revelou-se, por vezes, desafiante, dado que estas estão habituadas a procurar apoio no contexto hospitalar em detrimento dos CSP. Esta realidade reforça a importância de desenvolver estratégias que promovam a sua aproximação aos CSP e valorizem a consulta de ESF. Foi possível constatar que as famílias que se encontram a vivenciar esta transição, estando num momento de vulnerabilidade e de alteração das suas dinâmicas, beneficiam da intervenção do EEECESF. Os dois estudos de caso ficcionados sustentaram a aplicação sistematizada do processo de enfermagem centrado na família, evidenciando capacidade para: avaliar a família enquanto unidade de cuidados; intervir sobre determinantes psicossociais associados à doença crónica complexa; e monitorizar resultados mensuráveis de saúde familiar.

A utilização do MDAIF como referencial teórico, a elaboração dos estudos de caso, a utilização de instrumentos de avaliação familiar validados e a aplicação sistematizada do processo de enfermagem permitiram evidenciar a família como unidade de cuidados e reforçar a prática baseada na evidência. A integração da Ontologia da OE reforçou a consistência semântica entre diagnósticos, intervenções e resultados, conferindo robustez epistemológica à tomada de decisão clínica. Este percurso promoveu a intervenção autónoma, crítica e diferenciada, ao mesmo tempo que validou a importância do papel do EEECESF como recurso para as famílias e seus elementos.

O desenvolvimento de projetos de melhoria contínua e a colaboração em aspetos funcionais da unidade onde decorreu o estágio contribuíram para consolidar competências de liderança, comunicação e planeamento. O percurso de mestrado fomentou a divulgação científica,

estimulando a produção e partilha de conhecimento, com a participação em eventos de divulgação científica, competências intrínsecas ao perfil de mestre, marcado pela capacidade crítica, reflexiva e pela consolidação de uma prática baseada na evidência.

Reconhecem-se algumas limitações deste percurso, nomeadamente a restrição temporal do estágio, que condicionou o acompanhamento longitudinal das famílias, bem como as contingências do contexto clínico, que dificultaram a conclusão do projeto de melhoria contínua. Tais limitações configuraram-se como oportunidades de aprendizagem e de orientação de projetos e intervenções futuras. O percurso revelou-se particularmente exigente pela dificuldade em articular as dimensões pessoais, profissionais e académicas, exigindo uma forte dedicação. Contudo, traduziu-se num processo de crescimento pessoal e profissional, reforçando a resiliência e a capacidade de definição de prioridades. Reconhece-se, ainda, a relevância do suporte familiar, que se revelou determinante para a concretização deste percurso.

O objetivo definido para este relatório foi atingido, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEECESF. A aplicação sistematizada do processo de enfermagem, a análise crítica das intervenções e a monitorização dos ganhos em saúde familiar permitiram a integração progressiva das aprendizagens e a consolidação do perfil de mestre. O estágio permitiu, assim, a concretização do percurso delineado no Projeto de Desenvolvimento de Competências. Este percurso formativo consolidou competências de raciocínio clínico avançado no domínio da Enfermagem de Saúde Familiar, constituindo base sólida para a prática profissional especializada.

O crescimento alcançado e as limitações reconhecidas integram-se num percurso que, no seu todo, se traduziu em crescimento interno e na consolidação do percurso pessoal e profissional. Este estágio contribuiu, de forma decisiva, para o desenvolvimento de competências e para o fortalecimento da identidade profissional enquanto EEECESF. Perspetiva-se a continuidade da integração da abordagem centrada na família no atual contexto da prática clínica, bem como a concretização do objetivo de exercer nos CSP, reforçando o compromisso com uma ESF sustentada na evidência e promotora da saúde e bem-estar das famílias.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdollahpour, I., Noroozian, M., Nedjat, S., & Majdzadeh, R. (2012). Caregiver Burden and its Determinants among the Family Members of Patients with Dementia in Iran. *International journal of preventive medicine*, 3(8), 544-551.
- Ahn, S., & Kim, S. (2022). Distress, family resilience, and quality of life among family caregivers of cancer patients undergoing chemotherapy: The moderating role of family resilience. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34(2), 225-232. <https://doi.org/10.7475/kjan.2022.34.2.225>
- Ahn, S., & Logan, J. G. (2022). Perceived role overload and physical symptom experience among caregivers of older adults: The moderating effect of social support. *Geriatric nursing*, 43, 197-205. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.021>
- Almeida, A.; Cuco, C.; Rocha, C; Tavares, I; Noé, M; Amaro, T. (2025). *Material de penso de ação terapêutica para a gestão do exsudado em desequilíbrio*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. <https://www.aptferidas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20-%20WhitePaper%20VT%20MatPenso%20A%C3%A7Terap%20GEx.pdf>
- Almeida, A.; Moura, A.; Malcato, E. (2024). *Material de penso da ferida cirúrgica*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. <https://www.aptferidas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20-%20WhitePaper%20MatPenso%20FC.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Antoniazzi, A., Dell’Aglío, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- AQUALAB (s.d.). Análise de águas para consumo humano: os parâmetros que devem ser avaliados. <https://www.aqualab.pt/conhecimento/analise-de-aguas-para-consumo-humano-os-parametros-que-devem-ser-avaliados/>
- Areia, N. P., Fonseca, G., Major, S., & Relvas, A. P. (2019). Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative & supportive care*, 17(3), 286-293. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000044>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

- Barbieri-Figueiredo, M. do C., Vilar, A. I., Andrade, L., Araújo, C., & Rocha da Silva, M. J. (2017). Family Health Nursing - Development and Implementation in Primary Health Care in Portugal. *Pflege&Gesellschaft*, 22(1), 51-66.
- Bedaso, A., Dejen, G., & Duk, B. (2022). Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 31(11), 1809-1820. <https://doi.org/10.1002/pon.6045>
- Bell, J. M., & Wright, L. M. (2015). The Illness Beliefs Model: Advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 179-185. <https://doi.org/10.1177/1074840715586889>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Bisotto, L. B., Cardoso, N. de O., & Argimon, I. I. de L. (2021). Luto antecipatório materno: uma revisão integrativa nacional. *Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 13(1). <https://doi.org/10.26823/nufen.v13i1.19227>
- Bouchal, S. R., Rallison, L., Moules, N. J., & Sinclair, S. (2015). Holding on and letting go: Families' experiences of anticipatory mourning in terminal cancer. *Omega: Journal of Death and Dying*, 72(1), 42-68. <https://doi.org/10.1177/0030222815574700>
- Brackley, M. H. (2010). Role supplementation models. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.531-539). Springer Publishing Company
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Private wells and drinking water safety*. <https://www.cdc.gov/environmental-health-services/php/water/private-water-public-health.html>
- Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family Caregivers' Anticipatory Grief: A Conceptual Framework for Understanding Its Multiple Challenges. *Qualitative health research*, 30(5), 693-703. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>
- Comissão Europeia. (2021). *Plano Europeu de Luta contra o Cancro* (COM(2021) 44 final). Comissão Europeia. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_pt_0.pdf
- Cotrim, H. (2023). Transição saúde/doença. In H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 222-224). Lidel.
- Day, J., Gillespie, D. C., Rooney, A. G., Bulbeck, H. J., Zienius, K., Boele, F., & Grant, R. (2016). Neurocognitive Deficits and Neurocognitive Rehabilitation in Adult Brain Tumors. *Current treatment options in neurology*, 18(5), 22. <https://doi.org/10.1007/s11940-016-0406-5>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros: Aprova o Estatuto do Serviço

Nacional de Saúde. (2022). Diário da República n.º120/2022, Série I de 2022-08-04.

Decreto-Lei n.º 55/2025 da Presidência do Conselho de Ministros: Altera o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, com a extinção dos conselhos fiscais enquanto órgão dos estabelecimentos de saúde, E. P. E.. (2025). Diário da República n.º 62/2025, Série I de 2025-03-28.

Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior: Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). (2006). Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24.

Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros: Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. (2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07.

Decreto-Lei n.º 236/98 do Ministério do Ambiente: Estabelece normas, critérios e objectivos de qualidade com a finalidade de proteger o meio aquático e melhorar a qualidade das águas em função dos seus principais usos. Revoga o Decreto-Lei n.º 74/90, de 7 de Março. (1998). Diário da República n.º 176/1998, Série I-A de 1998-08-01.

Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde: regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. (2007). Diário da República, nº161/2007, Série I de 2007-08-22.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). Norma n.º 019/2015 de 23/11/2015 atualizada a 29/08/2022 – Feixe de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. DGS.

https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). Documento técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Duhamel, F., & Dupuis, F. (2004). Guaranteed returns: investing in conversations with families of patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 8(1), 68–71. <https://doi.org/10.1188/04.CJON.68-71>

Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. W. W. Norton & Company.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. The international guideline*. EPUAP/NPIAP/PPPIA.

Falconier, M. K., Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2016). *Couples coping with stress: A cross-cultural perspective*. Routledge.

Fanciullacci, C., McKinney, Z., Monaco, V., Milandri, G., Davalli, A., Sacchetti, R., Laffranchi, M., De Michieli, L., Baldoni, A., Mazzoni, A., Paternò, L., Rosini, E., Reale, L., Trecate, F., Crea, S., Vitiello, N., & Gruppioni, E. (2021). Survey of transfemoral amputee experience and priorities for the user-centered design of powered robotic transfemoral prostheses. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 18(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00944-x>

Fee, A., Hanna, J., & Hasson, F. (2020). *Anticipatory grief experiences of adults when someone important to them has a non-curative cancer prognosis: Qualitative systematic review*. Cruse Bereavement Care & Macmillan Cancer Support. <https://www.cruse.org.uk/wp-content/uploads/2021/09/Anticipatory-Grief-Systematic-Review-21.9.20.pdf>

Ferreira, M., Figueiredo, M., Guedes, V., Marques, A., Lopes, A., Moreira, A., Santos, M., Lopes, M., Gomes, T., & Peixoto, M. (2022). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: percepção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (Ed.). (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.

Figueiredo, M. H., Rego, R., Dantas, M. J. (2023). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. In H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 359-360). Lidel.

Figueiredo, M. H., Silva, R., Andrade, C., Brás, M., & Oliveira, P. (2018). Dynamic model for assessment and family intervention: Impact on families' health gains. *Revista ROL de Enfermería*, 41(11-12), 87-93

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 219-239.

Fragoeiro, I., Morgado, T., & Sequeira, C. (2023). Literacia em saúde e a saúde mental. In C. Vaz de Almeida & I. Fragoeiro (Coords.), *Manual de literacia em saúde: Princípios e práticas* (pp. 59-71). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Friedemann, M. L. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to*

families and nursing. Sage.

Fritz, L., Dirven, L., Reijneveld, J. C., Koekkoek, J. A., Stiggelbout, A. M., Pasman, H. R., & Taphoorn, M. J. (2016). Advance Care Planning in Glioblastoma Patients. *Cancers*, 8(11), 102. <https://doi.org/10.3390/cancers8110102>

Gabriel (2025) Análise de qualidade da água de poço valor e importância. Terra Consultoria e Análises Ambientais. <https://www.terraanalises.com/blog/analise-de-qualidade-da-agua-de-poco-valor-e-importancia>

Gazzoni, C., & Carretta, M. B. (2018). Espiritualidade: ferramenta de resiliência familiar no enfrentamento do diagnóstico de câncer na criança e adolescente. *Saúde (Santa Maria)*, 44(2). <https://doi.org/10.5902/2236583425284>

Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), e11863. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>

Ghezeljeh, T. N., Seyedfatemi, N., Bolhari, J., Kamyari, N., & Rezaei, M. (2023). Effects of family-based dignity intervention and expressive writing on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 23(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04715-x>

Golden, M. A., & Lund, D. A. (2009). Identifying themes regarding the benefits and limitations of caregiver support group conversations. *Journal of gerontological social work*, 52(2), 154–170. <https://doi.org/10.1080/01634370802561968>

Gomes, C. (2015). *A família como foco de intervenção de enfermagem no cuidar da pessoa com doença oncológica em unidade de internamento* [Relatório de Estágio Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16391>

Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: a practice-derived model. *ANS. Advances in nursing science*, 9(4), 51–61. <https://doi.org/10.1097/00012272-198707000-00008>

Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. & Fitzgerald, R. (2013). *Ethical Research Involving Children*. UNICEF Office of Research - Innocenti.

Hudson, P. L., Remedios, C., & Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC palliative care*, 9, 17. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-9-17>

Imber-Black, E., & Roberts, J. (1998). *Rituals for our times: Celebrating, healing, and changing our lives and our relationships*. Jason Aronson.

Instituto Nacional de Estatística. (2025). Portal do INE - Base de Dados. <https://www.ine.pt/>

- Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J. P., & Menczel, J. (2018). An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC geriatrics*, 18(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0997-7>
- Kagaya, H., Inamoto, Y., Okada, S., & Saitoh, E. (2011). Body positions and functional training to reduce aspiration in Patients with dysphagia. *Japan Medical Association Journal*, 54(1), 35-38.
- Kustanti, C. Y., Chu, H., Kang, X. L., Pien, L. C., Chen, R., Tsai, H. T., & Chou, K. R. (2024). Anticipatory grief prevalence among caregivers of persons with a life-threatening illness: A meta-analysis. *BMJ supportive & palliative care*, 13(e3), e1074-e1083. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003338>
- Lee, J., & Hall, R. (2019). The Impact of Gliomas on Cognition and Capacity. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47(3), 350-359. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003841-19>
- Lee, X. Y., Jiang, J., & Tan, L. F. (2025). Care of the bedridden patient. *Singapore medical journal*, 66(4), 215-220. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-123>
- Lei n.º 25/2012 da Assembleia da República: Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). (2012). Diário da República n.º 25/2012, Série I de 2012-07-16.
- Lei n.º 56/79 da Assembleia da República: Serviço Nacional de Saúde (1979). Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15.
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. (2019). Diário da República n.º169/2019, Série I de 2019-09-04.
- Lemetti, T., Partanen, E., Hupli, M., & Haavisto, E. (2021). Cancer patients' experiences of realization of relatives' participation in hospital care: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 979-987. <https://doi.org/10.1111/scs.12918>
- Li, C., Tang, N., Yang, L., Zeng, Q., Yu, T., Pu, X., Wang, J., & Zhang, H. (2023). Effect of caregiver burden on anticipatory grief among caregivers of elderly cancer patients: Chain mediation role of family functioning and resilience. *Frontiers in psychology*, 13, 1020517. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1020517>
- Librach, S. L., Bouvette, M., De Angelis, C., Farley, J., Oneschuk, D., Pereira, J. L., Syme, A., & Canadian Consensus Development Group for Constipation in Patients with Advanced Progressive Illness (2010). Consensus recommendations for the management of constipation in patients with advanced, progressive illness. *Journal of pain and symptom management*, 40(5), 761-773. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.03.026>

Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting Feelings Into Words. *Psychological Science*, 18(5), 421-428. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x>

Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC geriatrics*, 20(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>

Lourenço, D. (2019). *Da crise familiar à resiliência familiar: uma análise temática com famílias com filhos jovens adultos* [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://hdl.handle.net/10316/94857>

Mangal, S., Pho, A., Arcia, A., & Carter, E. (2021). Patient and Family Engagement in Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Prevention: A Systematic Review. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 47(9), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.05.009>

Martins, M. M. (2023). A saúde familiar: Conceito de saúde familiar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 122-124). Lidel.

McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping, and adaptation - Inventories for research and practice*. University of Wisconsin Publishers.

Meleis, A. (2010a). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (Springer Publishing Company, Ed.).

Meleis, A. (2010b). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-23). Springer Publishing Company.

Melo, M. C. B., Barros, E. N., Campello, M. C. V. A., Ferreira, L. Q. L., Rocha, L. L. C., Silva, C. I. M. G., & Santos, N. T. F. (2012). O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista*, 18(1), 73-89. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p73>

Mirsoleymani, S., Matbouei, M., Vasli, P., Marzaleh, M. A., & Rohani, C. (2021). The Role of Family Caregiver's Sense of Coherence and Family Adaptation Determinants in Predicting Distress and Caregiver Burden in Families of Cancer Patients. *Indian journal of palliative care*, 27(1), 47-53. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_112_20

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP.pdf>

- Mourão, Luciana, & Monteiro, Ana Cláudia. (2018). Desenvolvimento profissional: Proposição de um modelo conceitual. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 23(1), 33-45. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180005>
- Muasher-Kerwin, C., Baumbach, A., Liu, Y., & Hughes, M. C. (2025). "You sure feel like you're alone, kind of flailing away out there": Family caregiver perspectives of caring for an individual with glioblastoma multiforme. *Palliative & supportive care*, 23, e62. <https://doi.org/10.1017/S147895152500015X>
- Neimeyer, R. A. (2012). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. New York: Routledge.
- Niederhauser, A., Egloff, M., Eychmueller, S., & Zambrano, S. C. (2025). Adapting to the emotional complexity of palliative care communication: Palliative care clinicians' experiences. *Palliative & supportive care*, 23, e43. <https://doi.org/10.1017/S1478951524001883>
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA: a cancer journal for clinicians*, 60(5), 317-339. <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
- Nunes, A. C., Luiz, E. A. M., & Barba, P. C. S. D. (2021). Family quality of life: an integrative review on the family of people with disabilities. Qualidade de Vida Familiar: uma revisão integrativa sobre famílias de pessoas com deficiências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(7), 2873-2888. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.06962019>
- Nunes, P., Almeida, A., Tavares, M., Gomes, L., & Soares, H. (2024). Prática avançada de enfermagem em Portugal - Em que ponto estamos?. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 10(2), 1-24. <https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.2.338>
- Oliveira, A., Mendonça, S., & Mendonça, R. (2011). A língua estrangeira como barreira para o cuidado em saúde. *Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 1(3), 5-9.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Onciul, R., Brehar, F.-M., Toader, C., Covache-Busuioc, R.-A., Glavan, L.-A., Bratu, B.-G., Costin, H. P., Dumitrascu, D.-I., Serban, M., & Ciurea, A. V. (2024). Deciphering Glioblastoma: Fundamental and Novel Insights into the Biology and Therapeutic Strategies of Gliomas. *Current Issues in Molecular Biology*, 46(3), 2402-2443. <https://doi.org/10.3390/cimb46030153>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Diretrizes da OMS sobre política de saúde e apoio sistémico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275474/9789248550362-por.pdf>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) & Comissão Europeia. (2025). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2025*. OCDE/União Europeia. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-portugal-2025_699bde59/ffdcd7a9-pt.pdf

Ostrom, Q. T., Price, M., Neff, C., Cioffi, G., Waite, K. A., Kruchko, C., & Barnholtz-Sloan, J. S. (2023). CBTRUS Statistical Report: Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2016-2020. *Neuro-oncology*, 25(12 Suppl 2), iv1-iv99. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noad149>

Padovani, C., Lopes, M. C. L., Higahashi, I. H., Pelloso, S. M., Paiano, M., & Christophoro, R. (2018). Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 6), 2628-2634. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0008>

Pran, L., Baijoo, S., Harnanan, D., Slim, H., Maharaj, R., & Naraynsingh, V. (2021). Quality of Life Experienced by Major Lower Extremity Amputees. *Cureus*, 13(8), e17440. <https://doi.org/10.7759/cureus.17440>

Ramalho, M., Silva, L., Manguiera, S., Silva, T., Lucena, C., & Pinto, M. (2018). Palliative care: the perception of family caregivers of cancer patients. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v17i2.39276>

Reblin, M., Baucom, B. R. W., Clayton, M. F., Utz, R., Caserta, M., Lund, D., Mooney, K., & Ellington, L. (2019). Communication of emotion in home hospice cancer care: Implications for spouse caregiver depression into bereavement. *Psycho-oncology*, 28(5), 1102-1109. <https://doi.org/10.1002/pon.5064>

Rezende, M., & Remondes-Costa, S. (2018). Impacto da Doença Oncológica nos Familiares: Sobrecarga e Sintomatologia Psicopatológica, Relação e Implicações. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 45-56. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.28>

Registo Oncológico Nacional. (2023). *Registo Oncológico Nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, em 2020*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.

Regulamento N.º 428/2018 de 16-07-2018 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. (2018). Diário da República: II série, n.º 135.

Regulamento N.º 140/2019 de 06-02-2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República: II série, n.º 26.

Regulamento N.º 367/2015 de 29-06-2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. (2015). Diário da República: II série, n.º 124.

Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família: perspectiva sistémica* (2a ed). Edições Afrontamento.

Rogers, S. L., Howieson, J., & Neame, C. (2018). I understand you feel that way, but I feel this way: the benefits of I-language and communicating perspective during conflict. *PeerJ*, 6, e4831. <https://doi.org/10.7717/peerj.4831>

Royal College of Physicians. (2017). *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*. Royal College of Physicians. https://www.rcp.ac.uk/media/a4ibkbbf/news2-final-report_0_0.pdf

Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(001), 105-118.

Santos, L. A. dos, Oliveira, P. P. de, Silveira, E. A. A. da, Gesteira, E. C. R., Fonseca, D. F. da, & Rodrigues, A. B. (2019). The resilience process in family caregivers of people with malignant neoplasia. *Escola Anna Nery*, 23(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0023>

Santos, S. F., Rocha, A. M., Maduro, B., Ferreira, C., Martins, L., Belo, P., & Ferreira, M. (2024). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar em cuidados paliativos. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.306>

Saghdaoui, L., Lampridou, S., Racaru, S., Davies, A. H., & Wells, M. (2023). Healthcare interventions to aid patient self-management of lower limb wounds: A systematic scoping review. *International wound journal*, 20(4), 1304-1315. <https://doi.org/10.1111/iwj.13969>

Schubart, J. R., Kinzie, M. B., & Farace, E. (2008). Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-oncology*, 10(1), 61-72. <https://doi.org/10.1215/15228517-2007-040>

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2025). BI-CSP. <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Sevillano-Garayoa, L., Olano-Lizarraga, M., & Martín-Martín, J. (2025). Interventions for caregivers caring for a family member with advanced illness at home: a systematic review. *Nursing & health sciences*, 27(3), e70196. <https://doi.org/10.1111/nhs.70196>
- Singer, J., Roberts, K. E., McLean, E., Fadalla, C., Coats, T., Rogers, M., Wilson, M. K., Godwin, K., & Lichtenthal, W. G. (2022). An examination and proposed definitions of family members' grief prior to the death of individuals with a life-limiting illness: A systematic review. *Palliative medicine*, 36(4), 581-608. <https://doi.org/10.1177/02692163221074540>
- Spínola, A., & Figueiredo, M. H. (2023). Família: conceito de família. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 92-95). Lidel.
- Shiferaw, W. S., Akalu, T. Y., Mulugeta, H., & Aynalem, Y. A. (2020). The global burden of pressure ulcers among patients with spinal cord injury: a systematic review and meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders*, 21(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03369-0>
- Shih, F.-J., Meleis, A. I., Yu, P.-J., Hu, W.-Y., Lou, M.-F., & Huang, G.-S. (2010). Taiwanese patients' concerns and coping strategies: Transition to cardiac surgery. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 366-386). Springer Publishing Company.
- Ståhl, P., Hénoc, I., Rydenhag, B., Smits, A., & Ozanne, A. (2024). Living with glioblastoma - the need for integrated support based on experiences of chaos, loss of autonomy, and isolation in both patients and their relatives. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 32(9), 599. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08801-y>
- Stein, J. S., & Moreira, M. C. (2021). Perspectivas do Cônjuge sobre a Doença Oncológica do(a) Parceiro(a): do Trauma à Possibilidade de Ressignificação. *Pensando Famílias*, 25(2), 49-64.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-oncology*, 19(10), 1013-1025. <https://doi.org/10.1002/pon.1670>
- Tan, A. C., Ashley, D. M., López, G. Y., Malinzak, M., Friedman, H. S., & Khasraw, M. (2020). Management of glioblastoma: State of the art and future directions. *CA: a cancer journal for clinicians*, 70(4), 299-312. <https://doi.org/10.3322/caac.21613>
- Taphoorn, M. J., & Bottomley, A. (2005). Health-related quality of life and symptom research in glioblastoma multiforme patients. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 5(6), 763-774. <https://doi.org/10.1586/14737167.5.6.763>

- Teasdale, G., Maas, A., Lecky, F., Manley, G., Stocchetti, N., & Murray, G. (2014). The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. *The Lancet. Neurology*, 13(8), 844-854. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70120-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70120-6)
- Teixeira, R. J., Applebaum, A. J., Bhatia, S., & Brandão, T. (2018). The impact of coping strategies of cancer caregivers on psychophysiological outcomes: an integrative review. *Psychology research and behavior management*, 11, 207-215. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S164946>
- Teixeira, M. J. C., Abreu, W., Costa, N., & Maddocks, M. (2020). Understanding family caregivers' needs to support relatives with advanced progressive disease at home: an ethnographic study in rural Portugal. *BMC palliative care*, 19(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00583-4>
- Tradounsky G. E. (2024). Gastro-Intestinal Symptoms in Palliative Care Patients. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 31(4), 2341-2352. <https://doi.org/10.3390/curroncol31040174>
- Treml, J., Schmidt, V., Nagl, M., & Kersting, A. (2021). Pre-loss grief and preparedness for death among caregivers of terminally ill cancer patients: a systematic review. *Social science & medicine (1982)*, 284, 114240. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114240>
- United States Environmental Protection Agency (US EPA). (2024). *Potential well water contaminants and their impacts*. <https://www.epa.gov/privatewells/potential-well-water-contaminants-and-their-impacts>
- Veiga, G. (2022). *Senso de coerência de mães em vulnerabilidade social e o crescimento linear de seus filhos moradores de aglomerados subnormais em Maceió/AL* [Tese de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco]. ATTENA Repositório Digital da UFPE.
- Vinci, C., Reblin, M., Bulls, H., Malkhasyan, L., Jim, H., Pidala, J., & Cutolo, E. (2019). Understanding coping strategies of cancer caregivers to inform mindfulness-based interventions: a qualitative study. *European Journal of Integrative Medicine*, 30, Artigo 100936. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2019.100936>
- von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.
- Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (2024). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.
- Walsh F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family process*, 42(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>
- Walsh, F. (2012). Family resilience: Strengths forged through adversity. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 399-427). Guilford Press.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.

Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Jr, Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 8(1-2), 55-63. <https://doi.org/10.1023/a:1026407010614>

World Health Organization (WHO). (2017). *Guidelines for drinking-water quality* (4th ed., incorporating 1st addendum).

World Health Organization Classification of Tumours Editorial Board. (2020). *Soft tissue and bone tumours* (5th ed., Vol. 3). International Agency for Research on Cancer.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2020). *Wound exudate: Effective assessment and management. Wounds International*. <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/836aed9753c3d8e3d8694bcaee336395.pdf>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F.A. Davis.

Zhu, Y., Pei, X., Chen, X., & Li, T. (2023). Family caregivers' experiences of caring for advanced cancer patients: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Cancer Nursing*, 46(4), 270-283. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001104>

14. ANEXOS

Anexo I

Objetivo 1: Desenvolver competências para cuidar da família com elemento com diagnóstico de doença oncológica, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, até 31 de julho de 2025.

1.1. Avaliar de forma sistémica, de acordo com o referencial teórico MDAIF, pelo menos duas famílias com elemento com diagnóstico de doença oncológica da lista do Enfermeiro Tutor até 16 de maio de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de avaliações sistémicas realizadas
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº avaliações sistémicas realizadas}}{\text{Nº de avaliações sistémicas planeadas (2)}} \times 100$
Meta	Atingir 100% de avaliações sistémicas realizadas.

Atividades:

- Realizar colheita de dados junto da família, através de entrevista semiestruturada pelo uso da matriz operativa do MDAIF, e pela consulta dos registos informáticos e utilização dos instrumentos de avaliação Genograma e Ecomapa.
- Identificar as transições vivenciadas pela família e o seu impacto na dinâmica familiar.
- Identificar os diagnósticos familiares com posterior validação junto da família.
- Proceder à documentação dos cuidados prestados no sistema de informação.

1.2. Analisar a resposta familiar à transição saúde-doença decorrente do diagnóstico de doença oncológica de um dos seus elementos identificando os fatores que influenciam a qualidade de vida dos familiares, até 16 de maio de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de famílias com necessidades avaliadas
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de famílias com necessidades avaliadas}}{\text{Nº de famílias com necessidades avaliadas planeadas (2)}} \times 100$
Meta	Atingir 100% de famílias com necessidades avaliadas.

Atividades:

- Aplicar da escala CQOLC em contexto de entrevista individual e analisar os resultados obtidos, identificando a sobrecarga emocional, perturbações ligadas ao cuidado, implicações pessoais do cuidado e/ou adaptação positiva.
- Promover a identificação e conscientização das forças da família, numa atividade colaborativa na resposta familiar às transições vivenciadas.
- Promover o diálogo com a família, facilitando a consecução dos seus objetivos, utilizando estratégias e técnicas motivacionais.
- Priorizar áreas de intervenção com vista à potenciação das forças da família, numa ação colaborativa, e com impacto potencial na qualidade de vida dos familiares.
- Analisar os resultados da escala CQOLC e identificar os domínios mais afetados (sobrecarga emocional, perturbações ligadas ao cuidado, implicações pessoais do cuidado e/ou adaptação positiva).
- Proceder à documentação dos cuidados prestados no sistema de informação.

1.3. Desenvolver colaborativamente um plano de cuidados para pelo menos duas famílias com um elemento com doença oncológica, elaborado de acordo com os diagnósticos formulados, numa perspetiva sistémica e sustentado no MDAIF, até 16 de maio de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de planos de cuidados personalizados desenvolvidos
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº planos de cuidados personalizados elaborados e implementados}}{\text{Nº de planos de cuidados personalizados planeados}} \times 100$
Meta	Atingir 100% de planos de cuidados personalizados desenvolvidos.

Atividades:

- Elaborar um plano de cuidados individualizado para cada família, com base na avaliação realizada.
- Apresentar o plano de intervenção à família, negociando-o e adaptando-o às necessidades que esta considera prioritárias.
- Promover o encaminhamento da família para recursos comunitários ou profissionais especializados, quando aplicável.
- Proceder à documentação dos cuidados prestados no sistema de informação.

FAMÍLIAS COM ELEMENTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA: INTERVENÇÃO COLABORATIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1.4. Implementar o plano de cuidados previamente desenvolvido, através da intervenção direta junto de pelo menos duas famílias, promovendo a adaptação familiar ao processo de transição saúde-doença e contribuindo para a melhoria da saúde familiar e qualidade de vida dos familiares, até 6 de junho de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de planos de cuidados implementados
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de planos de cuidados implementados}}{\text{Nº de planos de cuidados planeados implementar (2)}} \times 100$
Meta	Atingir 100% de implementação dos planos de cuidados.

Atividades:

- Realizar consultas e/ou visitas domiciliárias para implementar as intervenções definidas no plano de cuidados, ajustando a abordagem conforme a realidade e preferências da família.
- Aplicar estratégias terapêuticas e educativas dirigidas à promoção da adaptação familiar ao processo saúde-doença, respeitando o ciclo vital da família.
- Facilitar a comunicação entre os membros da família, promovendo espaços de partilha emocional e estratégias de coping coletivo.
- Promover a capacitação dos familiares para a utilização de recursos comunitários e redes de suporte social formais e informais.
- Implementar intervenções de suporte emocional individualizadas, sempre que identificadas necessidades nos membros da família.
- Reajustar o plano de cuidados de forma dinâmica, em articulação com a família, sempre que se identifiquem alterações nas necessidades, prioridades ou dinâmica familiar.
- Proceder à documentação dos cuidados prestados no sistema de informação.

1.5. Avaliar o impacto das intervenções realizadas na família, com base nos juízos dos diagnósticos elaborados, até 20 de junho de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de famílias reavaliadas com mudança positiva na saúde familiar
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº famílias com evidência de mudança positiva na saúde familiar}}{\text{Nº de famílias que foram reavaliadas após a intervenção}} \times 100$
Meta	Alcançar pelo menos 70% de famílias reavaliadas com mudança positiva na saúde familiar.

Atividades:

- Avaliar os critérios de resultado e identificar os ganhos em saúde decorrentes da implementação do MDAIF, com base na eventual alteração do juízo dos diagnósticos familiares.
- Aplicar novamente a escala CQOLC aos familiares envolvidos no projeto, garantindo as mesmas condições da avaliação inicial.
- Realizar entrevistas semiestruturadas pós-intervenção com os familiares de forma a explorar alterações na perceção emocional e dinâmicas relacionais e a satisfação com as intervenções implementadas.
- Comparar os resultados da avaliação inicial e final da CQOLC, analisando as mudanças verificadas nos diferentes domínios da qualidade de vida.
- Analisar os dados qualitativos das entrevistas para identificar os fatores facilitadores e barreiras para a adaptação ao papel de cuidador e estratégias de coping desenvolvidas durante o projeto.
- Analisar e integrar os resultados quantitativos (CQOLC) e qualitativos (entrevistas) de forma a obter uma visão abrangente do impacto das intervenções na qualidade de vida dos familiares e no bem-estar da família como unidade de cuidados.

1.6. Realizar uma análise crítica do impacto das intervenções implementadas junto da família, com base nos dados recolhidos nas atividades de avaliação, até 11 de julho de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de análises crítica dos dados de atividades de avaliação recolhidos
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de famílias às quais foram analisados os dados de atividades de avaliação recolhidos}}{\text{Nº famílias às quais foram recolhidos dados de atividades de avaliação (2)}} \times 100$
Meta	Atingir 100% de análise crítica dos dados de atividades de avaliação recolhidos.

Atividades:

- Identificar os diagnósticos mais prevalentes nas famílias em estudo e os respetivos ganhos em saúde.
- Realizar entrevistas/reflexões com as famílias para recolher feedback sobre o impacto das intervenções e aplicar uma escala de satisfação global com o suporte recebido.
- Documentar as intervenções mais eficazes e as dificuldades encontradas durante a implementação.

FAMÍLIAS COM ELEMENTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA: INTERVENÇÃO COLABORATIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

- Comparar os resultados da avaliação inicial e final e analisar a variação nos scores obtidos pela aplicação da escala CQOLC.
- Identificar os domínios da escala com melhorias e os que mantêm necessidades.

Objetivo 2: Desenvolver competências para liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, em particular na intervenção na família com elemento com doença oncológica, até 31 de julho de 2025.

2.1. Identificar as estratégias de intervenção eficazes do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar nas famílias com elemento com doença oncológica, pela avaliação da eficácia percebida por estas famílias, até 18 de julho de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de eficácia das intervenções implementadas percebida pelas famílias
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de estratégias de intervenção percecionadas como eficazes pelas famílias}}{\text{Nº total de estratégias implementadas junto das famílias}} \times 100$
Meta	Atingir 80% de eficácia das intervenções implementadas percebida pelas famílias.

Atividades:

- Aplicar um questionário semiestruturado para avaliar a eficácia das intervenções do Enfermeiro de família, explorando a satisfação da família e o impacto das estratégias implementadas.
- Realizar entrevistas semiestruturadas qualitativas com as famílias para aprofundar a avaliação da eficácia das intervenções.
- Identificar as lacunas e limitações no processo de intervenção, segundo a perspetiva das famílias.
- Analisar os resultados dos questionários e entrevistas para identificar as intervenções mais eficazes e áreas de melhoria.

2.2. Contribuir para o desenvolvimento da prática clínica da enfermagem de saúde familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica, através da realização de uma atividade formativa dirigida à equipa multidisciplinar, até 25 de julho de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de atividades para o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem de saúde familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de atividades realizadas}}{\text{Nº de atividades planeadas (2)}} \times 100$
Meta	Realizar 100% das atividades planeadas

Atividades:

- Identificar pontos fortes e áreas de melhoria no planeamento e implementação das estratégias de intervenção.
- Realizar atividade formativa à equipa multidisciplinar do local onde decorre o estágio, apresentando os resultados obtidos.
- Apresentar à equipa multidisciplinar os resultados obtidos com a intervenção, propondo linhas orientadoras de atuação em Enfermagem de Saúde Familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica.
- Elaborar um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, no âmbito da abordagem à família com elemento com doença oncológica.

2.3. Promover a literacia em saúde das famílias com elemento com doença oncológica, através da elaboração de material informativo de comunicação visual e escrita, até 25 de julho de 2025.

Nome do indicador	Percentagem de materiais informativos de comunicação visual e escrita elaborados
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Nº de materiais informativos realizados}}{\text{Nº de materiais informativos planeados (1)}} \times 100$
Meta	Realizar 100% dos materiais informativos planeados

Atividades:

- Elaborar material informativo de comunicação visual e escrita dirigido às famílias com elemento com doença oncológica, da unidade onde se realiza o estágio.

FAMÍLIAS COM ELEMENTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA: INTERVENÇÃO COLABORATIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

CRONOGRAMA DO PROJETO

Objetivos e respetivas atividades		2025					Indicador
		fev/ mar	abr	mai	jun	jul	
Objetivo Específico 1.1. - Avaliar de forma sistémica, de acordo com o referencial teórico MDAIF, pelo menos duas famílias com elemento com diagnóstico de doença oncológica da lista do Enfermeiro Tutor até 16 de maio de 2025.							Percentagem de avaliações sistémicas realizadas
Atividades	- Realizar colheita de dados junto da família, através de entrevista semiestruturada pelo uso da matriz operativa do MDAIF, e pela consulta dos registos informáticos e utilização dos instrumentos de avaliação Genograma e Ecomapa.						
	- Identificar as transições vivenciadas pela família e o seu impacto na dinâmica familiar.						
	- Identificar os diagnósticos familiares com posterior validação junto da família.						
	- Proceder à documentação dos cuidados prestados no sistema de informação.						
Objetivo Específico 1.2. - Analisar a resposta familiar à transição saúde-doença decorrente do diagnóstico de doença oncológica de um dos seus elementos identificando os fatores que influenciam a qualidade de vida dos familiares, até 16 de maio de 2025.							Percentagem de famílias com necessidades avaliadas
Atividades	- Aplicar da escala CQOLC em contexto de entrevista individual e analisar os resultados obtidos, identificando a sobrecarga emocional, perturbações ligadas ao cuidado, implicações pessoais do cuidado e/ou adaptação positiva.						
	- Promover a identificação e conscientização das forças da família, numa atividade colaborativa na resposta familiar às transições vivenciadas.						
	- Promover o diálogo com a família, facilitando a consecução dos seus objetivos, utilizando estratégias e técnicas motivacionais.						
	- Priorizar áreas de intervenção com vista à potenciação das forças da família, numa ação colaborativa, e com impacto potencial na qualidade de vida dos familiares.						
	- Analisar os resultados da escala CQOLC e identificar os domínios mais afetados (sobrecarga emocional, perturbações ligadas ao cuidado, implicações pessoais do cuidado e/ou adaptação positiva).						
	- Proceder à documentação dos cuidados prestados no sistema de informação.						
Objetivo Específico 1.3. - Desenvolver colaborativamente um plano de cuidados para pelo menos duas famílias com elemento com doença oncológica, elaborado de acordo com os diagnósticos formulados, numa perspetiva sistémica e sustentado no MDAIF, até 16 de maio de 2025.							Percentagem de planos de cuidados personalizados desenvolvidos
Atividades	- Elaborar um plano de cuidados individualizado para cada família, com base na avaliação realizada.						
	- Apresentar o plano de intervenção à família, negociando-o e adaptando-o às necessidades que esta considera prioritárias.						
	- Promover o encaminhamento da família para recursos comunitários ou profissionais especializados, quando aplicável.						
	- Proceder à documentação dos cuidados prestados no sistema de informação.						

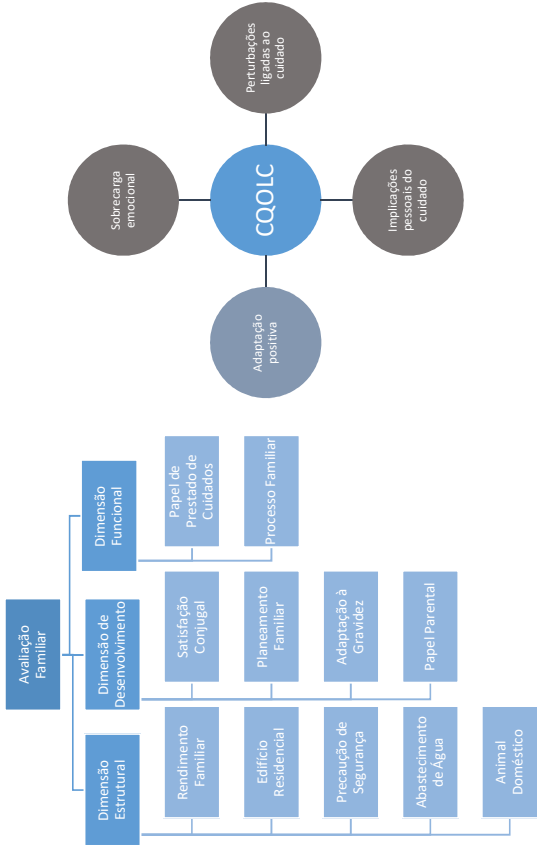
[illegible]

**FAMÍLIAS COM ELEMENTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA: INTERVENÇÃO COLABORATIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

Objetivo Específico 2.1. - Identificar as estratégias de intervenção eficazes do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar nas famílias com elemento com doença oncológica, pela avaliação da eficácia percebida por estas famílias, até 18 de julho de 2025.										
Atividades	- Aplicar um questionário semiestruturado para avaliar a eficácia das intervenções do Enfermeiro de família, explorando a satisfação da família e o impacto das estratégias implementadas.									Percentagem de eficácia das intervenções implementadas percebida pelas famílias
	- Realizar entrevistas semiestruturadas qualitativas com as famílias para aprofundar a avaliação da eficácia das intervenções.									
	- Identificar as lacunas e limitações no processo de intervenção, segundo a perspetiva das famílias.									
	- Analisar os resultados dos questionários e entrevistas para identificar as intervenções mais eficazes e áreas de melhoria.									
Objetivo Específico 2.2. - Contribuir para o desenvolvimento da prática clínica da enfermagem de saúde familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica, através da realização de uma atividade formativa dirigida a equipa multidisciplinar, até 1 de julho de 2025.										
Atividades	- Identificar pontos fortes e áreas de melhoria no planeamento e implementação das estratégias de intervenção.									Percentagem de atividades realizadas para o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem de saúde familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica
	- Realizar atividade formativa à equipa multidisciplinar do local onde decorre o estágio, apresentando os resultados obtidos.									
	- Apresentar à equipa multidisciplinar os resultados obtidos com a intervenção, propondo linhas orientadoras de atuação em Enfermagem de Saúde Familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica.									
	- Elaborar um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, no âmbito da abordagem à família com elemento com doença oncológica.									
Objetivo Específico 2.3. - Promover a literacia em saúde das famílias com elemento com doença oncológica, através da elaboração de material informativo de comunicação visual e escrita, até 25 de julho de 2025.										
At	- Elaborar material informativo de comunicação visual e escrita dirigido às famílias com elemento com doença oncológica, da unidade onde se realiza o estágio.									Percentagem de materiais informativos de comunicação visual e escrita elaborados

Anexo II

Este guião é um instrumento de apoio à consulta familiar, com o objetivo de explorar o impacto da doença oncológica na família e nos elementos que a compõem. As questões que integram este guião foram elaboradas com base nas áreas de avaliação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), integrando também as dimensões da qualidade de vida do familiar/cuidador avaliadas pela escala Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC), nomeadamente: sobrecarga emocional, perturbações ligadas ao cuidado, implicações pessoais do cuidado e adaptação positiva.



A – DIMENSÃO ESTRUTURAL

⇒ Composição Familiar

Genograma (Anexo I)

⇒ Tipo de Família

- ☐ Casal
- ☐ Família nuclear
- ☐ Família reconstruída
- ☐ Família monoparental
- ☐ Monoparental liderada pelo homem
- ☐ Monoparental liderada pela mulher
- ☐ Coabitação
- ☐ Família institucional
- ☐ Comuna
- ☐ Unipessoal
- ☐ Alargada

⇒ Família Extensa

com	com
- Tipo de Contacto: ☐ Pessoal ☐ Telefónico ☐ Carta/e-mail ☐ Outro; Especificar: - Intensidade de Contacto: ☐ Diário ☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outro; Especificar: - Função das relações: ☐ Companhia social ☐ Apoio emocional ☐ Guia congénito e conselhos ☐ Regulação social ☐ Ajuda material e de serviços ☐ Acesso a novos contactos	- Tipo de Contacto: ☐ Pessoal ☐ Telefónico ☐ Carta/e-mail ☐ Outro; Especificar: - Intensidade de Contacto: ☐ Diário ☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outro; Especificar: - Função das relações: ☐ Companhia social ☐ Apoio emocional ☐ Guia congénito e conselhos ☐ Regulação social ☐ Ajuda material e de serviços ☐ Acesso a novos contactos

⇒ Sistemas mais Amplos¹

Ecomapa (Anexo II)

Trabalho; Instituições de Ensino – Escola; Instituições de Saúde; Instituições Religiosas; IPSS; Atividades de Lazer e Cultura; Amigos; Outros subsistemas

⇒ Classe Social

Escala de Graffar Adaptada² (Anexo III) + Critérios Tipo de Habitação³ (Anexo IV)

	Grau
Profissão	
Instrução	
Origem do Rendimento familiar ²	
Tipo de habitação ³	
Local de residência	
Posição Social	

⇒ Edifício Residencial

- Barreiras arquitetónicas⁴ SIM ☐ NÃO ☐

Sem SIM, especificar _____

- Aquecimento⁵ SIM ☐ NÃO ☐

Tipo de aquecimento

- ☐ Central
- ☐ Aquecedor a gás
- ☐ Aquecedor elétrico
- ☐ Lareira
- ☐ Cobertor elétrico
- ☐ Outro

- Abastecimento de gás⁶ SIM ☐ NÃO ☐

Tipo de abastecimento de gás

- ☐ Gás canalizado
- ☐ Gás de botija

- Higiene de habitação⁷ SIM ☐ NÃO ☐

⇒ Sistema de Abastecimento

- Abastecimento de água

- ☐ Não tem
- ☐ Rede pública
- ☐ Rede privada (furo/poço)
- ☐ Rede mista

- Utilização da água da rede privada para consumo humano⁸

SIM ☐ NÃO ☐

Controle da qualidade da água

SIM ☐ NÃO ☐

- Serviço de tratamento de resíduos

- ☐ Rede pública
- ☐ Fossa séptica
- ☐ Não tem

⇒ Ambiente biológico

- Animal doméstico

SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM qual ou quais _____

Vacinação

SIM ☐ NÃO ☐

Desparasitação

SIM ☐ NÃO ☐

Observações⁹

¹ Explorar para cada um dos sistemas amplos em interação com o sistema familiar; vínculo forte; vínculo intermédio; vínculo fraco; vínculo gerador de stress; Elemento de ligação, caso seja pertinente.

² Se Grau 4 ou Grau 5 efetuar uma avaliação mais aprofundada no Âmbito da área de atenção Rendimento Familiar

³ Se Grau 4 ou Grau 5 efetuar uma avaliação mais aprofundada no Âmbito da área de atenção Edifício Residencial

⁴ Se Barreiras arquitetónicas SIM: efetuar uma avaliação mais aprofundada no âmbito da área de atenção Precaução de Segurança

⁵ Se Aquecimento SIM: efetuar uma avaliação mais aprofundada no âmbito da área de atenção Precaução de Segurança

⁶ Se Abastecimento de gás SIM: efetuar uma avaliação mais aprofundada no âmbito da área de atenção Precaução de Segurança

⁷ Se Higiene da habitação NÃO: efetuar uma avaliação mais aprofundada no âmbito da área de atenção Edifício Residencial

⁸ Se Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM e controle de qualidade da água NÃO: efetuar uma avaliação mais aprofundada no âmbito da área de atenção Abastecimento de água

⁹ Higiene do animal; higiene do local circundante; se o animal está ou não dentro da habitação, entre outros dados considerados pertinentes.

B – DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO

- Etapa do Ciclo Vital Familiar¹⁰

- ☐ Formação do casal¹¹
- ☐ Família com filhos pequenos¹²
- ☐ Família com filhos na escola¹²
- ☐ Família com filhos adolescentes¹²
- ☐ Família com filhos adultos¹²

⇒ Satisfação Conjugal

- Relação Dinâmica¹³

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐ _____

SIM ☐ NÃO ☐ _____

Se NÃO especificar _____

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐ _____

SIM ☐ NÃO ☐ _____

Se NÃO especificar _____

- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐ _____

SIM ☐ NÃO ☐ _____

Se NÃO especificar _____

¹⁰ A referência da etapa reporta-se à situação de familiar nuclear. Nas outras situações a decisão sobre as áreas de atenção a avaliar respeita a existência de um ou mais casais (satisfação conjugal), gravidez, casal(a)s em idade fértil e existência de filhos biológicos ou adotivos.

¹¹ Avaliar Satisfação conjugal, Planeamento familiar, Adaptação à gravidez (em caso de gravidez).

¹² Avaliar Satisfação conjugal, Planeamento familiar (enquanto o casal for fértil), Adaptação à gravidez (em caso de gravidez) e Papel parental.

¹³ Se a resposta de um ou de ambos os elementos do casal se situar no NÃO, explorar as razões justificativas de não satisfação. Considera-se Satisfação NÃO quanto o contacto é realizado com ambos os membros e pelo menos um deles expressa insatisfação ou se o contacto for realizado separadamente e se verificar que um deles ou ambos expressam insatisfação.

- Comunicação

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um SIM ☐ NÃO ☐
- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião SIM ☐ NÃO ☐
- Satisfação com o padrão de comunicação do casal¹⁴

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐ _____

SIM ☐ NÃO ☐ _____

Se NÃO especificar _____

- Interação Sexual

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade^{14,14}

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐ _____

SIM ☐ NÃO ☐ _____

Se NÃO especificar _____

- Conhecimento do casal sobre sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐ _____

SIM ☐ NÃO ☐ _____

Se NÃO especificar _____

- Função Sexual

- Disfunções sexuais

Identificação do cônjuge

SIM ☐ NÃO ☐ _____

SIM ☐ NÃO ☐ _____

Tipo de disfunção:

- ☐ Perturbação do desejo sexual - Especificar: _____
- ☐ Disfunção erétil _____

¹⁴ Se a resposta de um ou de ambos os elementos do casal se situar o NÃO, explorar as razões justificativas da não satisfação. Considera-se Satisfação NÃO quando o contacto é realizado com ambos os membros e pelo menos um deles expressa insatisfação ou se o contacto for realizado separadamente e se verificar que um deles ou ambos expressam insatisfação.

INSTRUMENTO DE APOIO À CONSULTA FAMILIAR

Guião de entrevista semiestruturada para consulta familiar em contexto de doença oncológica

- ☐ Disfunção da ejaculação - Especificar: _____
- ☐ Perturbações do orgasmo - Especificar: _____
- ☐ Dispareunia
- ☐ Vaginismo
- ☐ Outras - Especificar: _____

- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais SIM ☐ NÃO ☐

⇒ Planeamento Familiar

- Fertilidade

- O casal planeia ter filhos/mais filhos SIM ☐ NÃO ☐
Se SIM quando _____
- Alterações na fertilidade do casal SIM ☐ NÃO ☐
Se SIM especificar _____

- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade SIM ☐ NÃO ☐

- Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional

- Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez SIM ☐ NÃO ☐

- Uso de Contracetivo

SIM ☐ NÃO ☐

Método:

- ☐ Anticoncepcional oral
- ☐ Anticoncepcional injetável
- ☐ Anel Vaginal
- ☐ Implante intradérmico
- ☐ Adesivo transdérmico
- ☐ DIU
- ☐ Cirúrgico
- ☐ Espermicidas
- ☐ Preservativo
- ☐ Naturais

- Interrupção do uso de contraceutivo SIM ☐ NÃO ☐
Se SIM, quando _____

INSTRUMENTO DE APOIO À CONSULTA FAMILIAR

Guião de entrevista semiestruturada para consulta familiar em contexto de doença oncológica

- Motivo:
 - ☐ Indicação clínica
 - ☐ Planeamento de gravidez
 - ☐ Gravidez
 - ☐ Outro motivo, Especificar: _____

- Satisfação com o contracetivo adotado SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre métodos contracetivos SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre contraceção de emergência SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre o uso de contracetivo SIM ☐ NÃO ☐

- Conhecimento sobre Reprodução

- Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do casal sobre desvantagem de gravidez não desejada e/ou não planeada SIM ☐ NÃO ☐

⇒ **Adaptação à Gravidez**

- Conhecimento

- Conhecimento do casal sobre direitos sociais da gravidez
- Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/ paternidade
- Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação à gravidez
- Conhecimento do casal alterações fisiológicas na gravidez
- Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez
- Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto
- Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal
- Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
- Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé
- Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
- Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido

- Comunicação

- O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez
- O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade
- Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais

- Comportamentos de adesão

- A grávida/ casal é assídua(o) às consultas de Saúde Materna/ Obstetrícia
- O casal está inscrito/ frequenta o curso de Preparação para o Parto
- O casal está a preparar/preparou o enxoval da mãe e do bebé

⇒ **Papel Parental**¹⁵

a) **Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)**

- Conhecimento do papel (recém-nascido)

- Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical
- Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical
- Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno
- Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno
- Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial
- Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial
- Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido
- Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido
- Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica
- Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido
- Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido
- Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde
- Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido
- Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido
- Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação

- Conhecimento do papel (de recém-nascido à infância escolar)

- Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/ repouso adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequando à criança
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária
- Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação
- Conhecimento dos pais sobre socialização
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social
- Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes

- Comportamentos de adesão

- Os pais proporcionam a realização as consultas de vigilância de acordo com a idade da criança

¹⁵ Na avaliação do Papel Parental considera-se a idade do(s) filho(s), independentemente do tipo de família (nuclear, monoparental ou alargada). Na avaliação das dimensões operativas e respetivas categorias integram-se todas as figuras parentais que, não sendo pais, exercem no contexto familiar tarefas parentais.

- Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança
- Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança
- Os pais promovem uma higiene adequada à criança
- Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança
- Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança
- Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança
- Os pais promovem a socialização da criança
- Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança
- Os pais definem regras entre os subsistemas
- Os pais interagem positivamente com a criança

SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐

Consenso do Papel	SIM	☐	NÃO	☐	Se NÃO, especificar _____
Conflitos do Papel	SIM	☐	NÃO	☐	Se SIM, especificar _____
Saturação do Papel	SIM	☐	NÃO	☐	Se SIM, especificar _____

⇒ **Papel Parental**

b) Família com filhos na escola (da infância escolar ao início da adolescência)

- Conhecimento do papel

- Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança
- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/ repouso adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre higiene oral
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária
- Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança
- Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/ vacinação
- Conhecimento dos pais sobre socialização
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social
- Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes

SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐

- Adaptação da família à escola

- Reorganização funcional para adaptação aos novos horários
- Criação de espaço para a criança estudar
- Participação dos pais nas atividades de estudo da criança
- Participação dos pais nas reuniões e atividades escolares
- Promoção da socialização/ autonomia da criança

SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐

- Comportamentos de adesão

- Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade
- Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança
- Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança
- Os pais promovem uma higiene adequada à criança
- Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança
- Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança
- Os pais promovem a socialização da criança
- Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança
- Os pais definem regras entre os subsistemas
- Os pais interagem positivamente com a criança

SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐
SIM	☐	NÃO	☐

Consenso do Papel	SIM	☐	NÃO	☐	Se NÃO, especificar _____
Conflitos do Papel	SIM	☐	NÃO	☐	Se SIM, especificar _____
Saturação do Papel	SIM	☐	NÃO	☐	Se SIM, especificar _____

⇒ Papel Parental

c) Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)

- Conhecimento do Papel

- Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/ repouso adequado ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/ vacinação do adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência

SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes

SIM ☐ NÃO ☐

- Comportamentos de adesão

- Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais promovem a socialização/ autonomia do adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais definem regras entre os subsistemas

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais promovem a interação com o grupo de amigos

SIM ☐ NÃO ☐
- A família respeita a privacidade do adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida

SIM ☐ NÃO ☐
- O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião

SIM ☐ NÃO ☐
- A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente

SIM ☐ NÃO ☐
- Os pais interagem positivamente com o adolescente

SIM ☐ NÃO ☐

Consenso do Papel

SIM ☐ NÃO ☐

 Se NÃO, especificar _____

Conflitos do Papel

SIM ☐ NÃO ☐

 Se SIM, especificar _____

Saturação do Papel

SIM ☐ NÃO ☐

 Se SIM, especificar _____

⇒ Papel Parental

d) Família com filhos adultos

- Conhecimento do Papel

- Conhecimento sobre as tarefas da nova etapa desenvolvimental

SIM ☐ NÃO ☐
 - Comportamentos de adesão
- Adaptação da Família à saída dos filhos de casa:
- Redefinição das relações com o(s) filho(s) – relações adulto-adulto

SIM ☐ NÃO ☐
 - Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos

SIM ☐ NÃO ☐
 - Satisfação com o contacto mantido com o(s) filho(s)

SIM ☐ NÃO ☐
 - Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)

SIM ☐ NÃO ☐

Consenso do Papel

SIM ☐ NÃO ☐

 Se NÃO, especificar _____

Conflitos do Papel

SIM ☐ NÃO ☐

 Se SIM, especificar _____

Saturação do Papel

SIM ☐ NÃO ☐

 Se SIM, especificar _____

INSTRUMENTO DE APOIO À CONSULTA FAMILIAR

Guião de entrevista semiestruturada para consulta familiar em contexto de doença oncológica

INSTRUMENTO DE APOIO À CONSULTA FAMILIAR

Guião de entrevista semiestruturada para consulta familiar em contexto de doença oncológica

C - DIMENSÃO FUNCIONAL

Membro da família dependente - Dependência em:

• Autocuidado Higiene
Prestador de cuidados ☐ SIM ☐ NÃO ☐
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autocuidado Vestuário
Prestador de cuidados ☐ SIM ☐ NÃO ☐
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autocuidado Comer
Prestador de cuidados ☐ SIM ☐ NÃO ☐
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autocuidado Beber
Prestador de cuidados ☐ SIM ☐ NÃO ☐
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autocuidado Ir ao Sanitário ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados _____
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autocuidado Comportamento sono-reposou
☐ SIM ☐ NÃO ☐

Prestador de cuidados _____
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Ilustrado ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Profissão _____
Contacto _____

• Autocuidado Atividade de Lazer
☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados _____
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autocuidado Atividade física ☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados _____
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autocuidado Gestão do regime terapêutico
☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados _____
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Autovigilância
Prestador de cuidados ☐ SIM ☐ NÃO ☐
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

• Administração de medicamentos
☐ SIM ☐ NÃO ☐
Prestador de cuidados _____
☐ Membro da família, quem _____
☐ Membro da família extensa _____
☐ Vizinho _____
☐ Ajudante de saúde _____
☐ Outro; especificar _____

⇒ Papel do Prestador de Cuidados

- Conhecimento do papel

a) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene

• Conhecimento do prestador de cuidados a importância de estimular a independência	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica do banho	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia	SIM ☐	NÃO ☐

b) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Vestuário

• Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir	SIM ☐	NÃO ☐

c) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Comer

• Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG, etc)	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	SIM ☐	NÃO ☐

d) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Beber

• Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado	SIM ☐	NÃO ☐
• Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos	SIM ☐	NÃO ☐
• Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos	SIM ☐	NÃO ☐

INSTRUMENTO DE APOIO À CONSULTA FAMILIAR

Guão de entrevista semiestruturada para consulta familiar em contexto de doença oncológica

e) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Ir ao

Sanitário

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos ☐ SIM ☐ NÃO ☐

f) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado

Comportamento sono-reposo

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso ☐ SIM ☐ NÃO ☐

g) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado

Atividade recreativa

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer ☐ SIM ☐ NÃO ☐

h) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado

Atividade física

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé) ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos ☐ SIM ☐ NÃO ☐

i) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Gestão do regime

Terapêutico

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso ☐ SIM ☐ NÃO ☐

j) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Autovigilância

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/hiperglicemia ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância de glicemia capilar ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância de glicemia capilar ☐ SIM ☐ NÃO ☐

INSTRUMENTO DE APOIO À CONSULTA FAMILIAR

Guão de entrevista semiestruturada para consulta familiar em contexto de doença oncológica

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés ☐ SIM ☐ NÃO ☐

k) Conhecimento/Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre Auto-administração de medicamentos

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro de medicamentos ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro de medicamentos ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos ☐ SIM ☐ NÃO ☐

- Comportamentos de adesão

- O prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- O prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- O prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- O prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- A família adquiriu equipamentos adaptativos para utilização do sanitário pelo membro dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- O prestador de cuidados promove Comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- O prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- O prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente ☐ SIM ☐ NÃO ☐
- O prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância ☐ SIM ☐ NÃO ☐

Consenso do Papel ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Se NÃO, especificar _____

Conflitos do Papel ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Se SIM, especificar _____

Saturação do Papel ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Se SIM, especificar _____

→ **Processo Familiar**

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe¹⁶ (Anexo V)

Score Total	150-200	200-300	>300
	☐	☐	☐

- **Comunicação familiar**¹⁷

- Comunicação Emocional
- Quem na família expressa mais os sentimentos _____
 - Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos
SIM ☐ NÃO ☐ Se NÃO, especificar _____
 - Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros
SIM ☐ NÃO ☐ Se NÃO, especificar _____
 - Impacto que os sentimentos de cada um têm na família
Favorável ☐ NÃO Favorável ☐ Se NÃO Favorável, especificar _____

- Comunicação Verbal/ Não verbal
- Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem
SIM ☐ NÃO ☐ Se NÃO, especificar _____
 - Todos na família expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros
SIM ☐ NÃO ☐ Se NÃO, especificar _____
- Comunicação Circular
- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família
SIM ☐ NÃO ☐ Se NÃO, especificar _____
 - Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa
Favorável ☐ NÃO Favorável ☐ Se NÃO Favorável, especificar _____

- **Coping Familiar**

- Solução de Problemas
- Quem na família identifica habitualmente os problemas _____
 - Quem tem iniciativa para os resolver _____
 - Existe discussão sobre os problemas na família SIM ☐ NÃO ☐
 - Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas
SIM ☐ NÃO ☐
 - A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas SIM ☐ NÃO ☐
Se SIM, especificar _____
 - Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas SIM ☐ NÃO ☐
Se SIM, especificar _____

- **Papéis Familiares**

- Interação de Papéis Familiares

	Quem desempenha	
Papel do Provedor	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Conflitos do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se SIM, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
Papel de Gestão Financeira	Conflitos do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se SIM, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Conflitos do Papel Se SIM, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
Papel de Cuidado Doméstico	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Conflitos do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se SIM, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
Papel Recreativo	Conflitos do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se SIM, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Conflitos do Papel Se SIM, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
Papel de Parente	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Conflitos do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se SIM, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐
	Consenso do Papel Se NÃO, especificar _____	SIM ☐ NÃO ☐

¹⁶ 150-200: Menor probabilidade de incidência de doenças; 200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica; >300: 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.
¹⁷ Se algum dos itens se situar no NÃO, especificar com as narrativas dos membros da família.

- **Relação Dinâmica**

- Influência e Poder

- Membro com maior poder na família _____
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros
SIM ☐ NÃO ☐
Se NÃO, especificar _____

- Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros SIM ☐ NÃO ☐
Se Sim, especificar _____
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união SIM ☐ NÃO ☐
Se NÃO, especificar _____

- Coesão e Adaptabilidade da

Família FACES II¹⁹ (Anexo VI)

- **Coesão**
 - ☐ Desmembrada
 - ☐ Separada
 - ☐ Ligada
 - ☐ Muito Ligada
- **Adaptabilidade**
 - ☐ Rígida
 - ☐ Estruturada
 - ☐ Flexível
 - ☐ Muito Flexível
- **Tipo de Família**
 - ☐ Muito equilibrada
 - ☐ Equilibrada
 - ☐ Meio-termo
 - ☐ Extrema

¹⁸ Especificar o tipo de aliança e quem faz parte
¹⁹ Aplicar a cada elemento da família individualmente

- Funcionalidade da Família — percepção dos membros APGAR Familiar de Smilkstein²⁰ (Anexo VII)

Membro	Resultado
	☐ Família altamente funcional
	☐ Família com moderada disfunção
	☐ Família com disfunção acentuada
Membro	Resultado
	☐ Família altamente funcional
	☐ Família com moderada disfunção
	☐ Família com disfunção acentuada
Membro	Resultado
	☐ Família altamente funcional
	☐ Família com moderada disfunção
	☐ Família com disfunção acentuada
Membro	Resultado
	☐ Família altamente funcional
	☐ Família com moderada disfunção
	☐ Família com disfunção acentuada
Membro	Resultado
	☐ Família altamente funcional
	☐ Família com moderada disfunção
	☐ Família com disfunção acentuada

- Crenças familiares

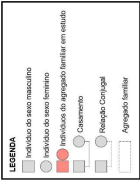
- Religiosas _____
- Espirituais _____
- Valores _____
- Culturais _____
- Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde _____

²⁰ Aplicar a cada um dos membros da família e registar os respetivos resultados individuais

DOMÍNIOS DA CQOLC (Anexo VIII) E QUESTÕES SEMIESTRUTURADAS ASSOCIADAS

Domínio	Questões Orientadores	Notas
<u>Perturbações ligadas ao cuidado</u> (impacto do cuidado na rotina e no equilíbrio de vida)	<i>De que forma a sua rotina diária foi afetada desde o início da doença do seu familiar?</i>	
	<i>Como tem vivido a responsabilidade de acompanhar o seu familiar?</i>	
	<i>Sente que consegue conciliar os cuidados que presta com outras áreas da sua vida?</i>	
	<i>Que tarefas do dia-a-dia passaram a ser mais difíceis ou deixaram de ser feitas?</i>	
	<i>Houve alguma atividade que teve de deixar de fazer para cuidar do seu familiar?</i>	
	<i>Esta situação teve impacto na sua estabilidade financeira?</i>	
<u>Implicações pessoais do cuidado</u> (impacto nos relacionamentos, vida profissional, tempo pessoal)	<i>Como tem sido conciliar os cuidados com a sua vida profissional/social?</i>	
	<i>De que forma o cuidar do seu familiar afetou o seu bem-estar físico ou social?</i>	
	<i>Já sentiu que o seu papel de cuidador(a) interferiu na sua relação com outras pessoas (família, amigos)?</i>	
	<i>Como tem sido a dinâmica entre os membros da família durante este processo?</i>	
	<i>Sente que tem apoio emocional e prático dos seus familiares e amigos?</i>	
	<i>Sente que tem menos tempo para si e para aquilo de que gosta?</i>	
<u>Sobrecarga emocional</u> (impacto psicológico e emocional do cuidado)	<i>Como tem sido, para si, lidar emocionalmente com a doença do seu familiar?</i>	
	<i>Que sentimentos têm sido mais frequentes desde o início deste processo?</i>	
	<i>Em que situações sente mais dificuldade em gerir as suas emoções?</i>	
	<i>Sente que tem alguém com quem possa falar sobre o que está a sentir?</i>	
	<i>O que sente quando observa o estado clínico do seu familiar?</i>	
	<i>Sente-se adequadamente informado(a) sobre a doença do seu familiar?</i>	
<u>Adaptação positiva</u> (capacidade de encontrar sentido, crescimento ou satisfação no papel de cuidador)	<i>Há algo que tenha aprendido sobre si próprio(a) desde que começou a cuidar do seu familiar?</i>	
	<i>Sente que a sua fé, ou o seu sentido de espiritualidade, mudou?</i>	
	<i>Em que situações sente que o seu apoio fez realmente a diferença?</i>	
	<i>Esta experiência fez-lhe repensar o que valoriza na vida?</i>	
	<i>Apesar das dificuldades, há momentos em que se sente satisfeito(a) com o que está a fazer?</i>	
	<i>Que aspetos positivos retira desta experiência?</i>	

Há algo mais que gostaria de partilhar ou que sente que seria importante abordarmos?



1ª geração

2ª geração

3ª geração

4ª geração

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO		CLASSIFICAÇÃO SOCIAL
						0/5 itens	0/3 itens	
1	- Graduação e Comendatária - Graduação no setor público ou privado - Profissões Universitárias - Engenheiro General/Material - Profissões liberais de tipo intelectual - Profissões primárias	- Licenciatura - Graduação - Doutorado	- Lucro de empresas, de comércio, de serviços - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, com jardim e terreno de cultivo	- Zona residencial elegante	5 4 3 2 1	4 3 2 1	I CLASSE ALTA
						10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	
2	- Graduação e Comendatária - Graduação no setor público ou privado - Profissões Universitárias - Engenheiro General/Material - Profissões liberais de tipo intelectual - Profissões primárias	- Licenciatura - Graduação - Doutorado	- Lucro de empresas, de comércio, de serviços - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, com jardim e terreno de cultivo	- Zona residencial elegante	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	II CLASSE ALTA
						10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	
3	- Graduação e Comendatária - Graduação no setor público ou privado - Profissões Universitárias - Engenheiro General/Material - Profissões liberais de tipo intelectual - Profissões primárias	- Licenciatura - Graduação - Doutorado	- Lucro de empresas, de comércio, de serviços - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, com jardim e terreno de cultivo	- Zona residencial elegante	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	III CLASSE ALTA
						10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	
4	- Graduação e Comendatária - Graduação no setor público ou privado - Profissões Universitárias - Engenheiro General/Material - Profissões liberais de tipo intelectual - Profissões primárias	- Licenciatura - Graduação - Doutorado	- Lucro de empresas, de comércio, de serviços - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, com jardim e terreno de cultivo	- Zona residencial elegante	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	IV CLASSE ALTA
						10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	
5	- Graduação e Comendatária - Graduação no setor público ou privado - Profissões Universitárias - Engenheiro General/Material - Profissões liberais de tipo intelectual - Profissões primárias	- Licenciatura - Graduação - Doutorado	- Lucro de empresas, de comércio, de serviços - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, com jardim e terreno de cultivo	- Zona residencial elegante	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	V CLASSE ALTA
						10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	7 6 5 4 3 2 1	

Fonte: Graffar, "Uma técnica de identificação social da população", Courcier, Setembro 1959, Vol. V, nº 3, Marsel Graillet, pp. 435-439. Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Vínculo Forte

Vínculo Intermediário

Vínculo Fraco

Gravador de Stress

Critérios relativo ao Tipo de Habitação

Grau 1 – espacosa + bem conservada + aquecimento central/ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/ saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com domótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 – espacosa + bem conservada + aquecimento central/ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/ saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/ saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/ eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5 – barraca + mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/ saneamento básico/ eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática

FACES II – Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	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.					

Quase nunca – 1; De vez em quando – 2; Às vezes – 3; Muitas vezes – 4; Quase sempre - 5

FACES II (30 Itens)

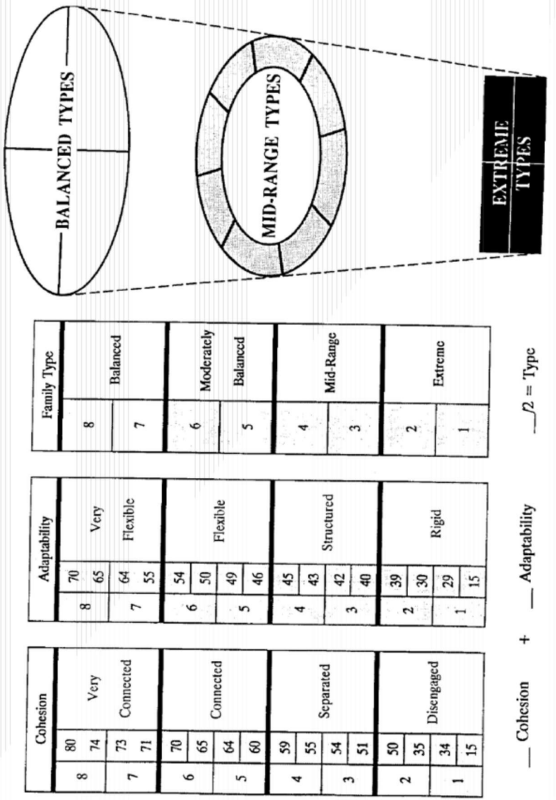
COESÃO FAMILIAR - 16 Itens

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

ADAPTABILIDADE FAMILIAR - 14 Itens

- Imposição:**
- (+) 2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.
 - (+) 14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.
 - (-) 28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.
- Liderança:**
- (+) 4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.
 - (+) 16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.
- Disciplina:**
- (+) 6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.
 - (+) 18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.
- Negociação:**
- (+) 8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.
 - (+) 20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.
 - (+) 26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.
- Papéis:**
- (+) 10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.
 - (+) 22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.
- Regras:**
- (+) 12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.
 - (-) 24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.

FACES II: Linear Scoring & Interpretation



Anexo VII

APGAR Familiar de Smilkstein

Nome: _____ Data _____

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou mudar o estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Quase sempre – 2 pontos;
Algumas vezes – 1 ponto;
Quase nunca – 0 pontos;

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

Pontuação:

APGAR Familiar de Smilkstein

Nome (sigla): _____ Data _____

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas atividades ou mudar o estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Pontuação:

Anexo VIII

Qualidade de Vida do familiar do doente oncológico

(CQOLC)

Apresentamos em seguida uma lista de declarações que outras pessoas com familiares doentes, consideraram importantes. Por favor indique o quanto essas declarações **são verdadeiras para si** (e não para o seu familiar), **referindo-se aos últimos sete dias**. Coloque uma cruz (X) na resposta que considerá mais próxima da sua opinião/situação.

Questionário de Satisfação Global com o Suporte Recebido

Esta escala tem como objetivo recolher a sua opinião sobre o suporte recebido durante o projeto. Por favor, leia atentamente cada afirmação e indique o seu grau de satisfação, assinalando a resposta que melhor reflete a sua experiência.

Formato da Escala:

Utilize uma Escala de Likert de 5 pontos para cada item:

- 1 = Muito insatisfeito
- 2 = Insatisfeito
- 3 = Neutro
- 4 = Satisfeito
- 5 = Muito satisfeito

Qual o seu nível de satisfação com...

Qualidade da Comunicação	A clareza da informação fornecida pela equipa.	
	O tempo dedicado pela equipa para ouvir as minhas preocupações.	
Relevância e Adequação das Intervenções	A atitude da equipa no que respeita ao respeito, empatia e escuta ativa.	
	A adequação das intervenções realizadas às necessidades da sua família.	
	A utilidade das estratégias sugeridas pela equipa para melhorar o bem-estar familiar.	
	A frequência com que ocorreram as intervenções, face aos desafios da sua família.	
Impacto no Bem-Estar	O suporte prestado pela equipa na redução do seu nível de stress enquanto cuidador.	
	O impacto positivo das intervenções na qualidade de vida do seu familiar doente.	
	A forma como as intervenções contribuíram para melhorar as relações dentro da sua família.	
	O apoio prestado pela equipa do projeto ao longo de todo o processo.	
Apoio Percebido	A utilidade das orientações práticas recebidas para a sua rotina como cuidador.	
	A clareza sobre onde procurar ajuda ou recursos adicionais, caso necessite no futuro.	
Satisfação Global	O suporte global recebido durante o projeto.	

Pode partilhar um exemplo de algo que tenha achado particularmente útil durante o projeto?

Sentiu que existiram lacunas ou aspetos do processo de acompanhamento que poderiam ser melhorados? Se sim, quais?

Há alguma sugestão que gostaria de fazer para melhorar este tipo de suporte?

Anexo III

II - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Designação: Promoção da consulta de enfermagem de saúde familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica

Subtema onde o projeto se integra: Integração de Cuidados de Saúde e Otimização de Recursos

Sinopse: Desenvolvimento e implementação de uma campanha de sensibilização dirigida às famílias com elemento com doença oncológica, com base na criação de um folheto informativo distribuído na unidade de saúde. A intervenção reforça o papel do enfermeiro de família como recurso de proximidade, integrador e facilitador do processo de adaptação da família.

IV – CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO:

Justificação do enquadramento do projeto no tema assinalado no ponto II:

A abordagem à família em contexto de doença oncológica exige uma intervenção estruturada, integrada e centrada na família, conforme recomendado por orientações da Organização Mundial da Saúde (2002) e Ordem dos Enfermeiros (2019). Este projeto visa reforçar o papel da enfermagem de saúde familiar neste contexto, procurando dar suporte a estas famílias, que recorrem tendencialmente aos cuidados hospitalares. A criação de um folheto de sensibilização pretende inverter esta lógica, tornando explícita a disponibilidade do enfermeiro de família para apoiar a família neste período de transição saúde-doença. Contribui para a literacia em saúde, para a valorização do enfermeiro de família enquanto agente de continuidade de cuidados e para a promoção da família como unidade de cuidados, alinhando-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE).

Necessidades que estiveram na base da implementação do projeto:

A maioria das famílias não procura ativamente a Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar, e relatam dificuldades na coordenação de cuidados e interações com os Cuidados de Saúde Primários (Silva et al., 2024). Esta realidade reforça a necessidade de uma intervenção centrada na literacia em saúde e na promoção de cuidados de proximidade, através de uma campanha de sensibilização que utilize uma linguagem clara, empática e acessível. A criação de um folheto informativo estrategicamente distribuído surge, assim, como um instrumento fundamental para mobilizar as famílias, tornar visível a consulta de enfermagem e reconhecer a família como unidade de cuidados.

MEMÓRIA DESCRITIVA DO PROJETO

Descrição das atividades do projeto

O projeto prevê o desenvolvimento de uma campanha de sensibilização baseada na criação de um folheto informativo. As atividades incluem:

- Diagnóstico de situação e identificação das principais barreiras à procura da consulta
- Elaboração do conteúdo técnico e visual do folheto A5.
- Validação do conteúdo junto da equipa de enfermagem

- Impressão e aplicação do folheto na unidade
- Recolha de dados qualitativos e quantitativos (n.º de consultas marcadas, feedback espontâneo, aplicação de questionário de satisfação)
- Reflexão em reunião de equipa e reformulação do material, se necessário.

Palavras-chave

Enfermagem Familiar; Enfermagem Oncológica; Cuidados Centrados na Família; Cuidados de Saúde Primários.

Público-alvo

Famílias com elemento com doença oncológica acompanhadas na Unidade Funcional.

Recursos humanos envolvidos

Enfermeira em estágio de mestrado, equipa da UF e outros profissionais envolvidos no acompanhamento das famílias.

Potencial de replicabilidade do projeto

O folheto poderá ser utilizado de forma continuada, sem custos relevantes, e adaptado a outras unidades com contexto semelhante. A simplicidade do material e a clareza da mensagem permitem a sua replicação em múltiplos contextos, tornando-se uma ferramenta facilitadora da abordagem familiar em oncologia nos CSP.

Outras instituições envolvidas e parcerias formalizadas

Projeto desenvolvido no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa em colaboração com a UF. Sem outras parcerias formais estabelecidas.

Estimativa de custos diretos anuais (investimento, horas de recursos humanos, consumos, etc)

O projeto será implementado no contexto das atividades regulares da equipa da UF, não implicando custos diretos adicionais. Os recursos humanos, logísticos e materiais necessários encontram-se disponíveis na unidade.

Estimativa de ganhos (proveitos, redução de custos, mais-valias)

A campanha de sensibilização permitirá aumentar a procura atempada da Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar, promovendo o acesso a cuidados de proximidade e a intervenção precoce junto das famílias com elemento com doença oncológica. Com isso, prevê-se:

- Redução de contactos não planeados e evitáveis com os serviços de saúde (ex. idas ao hospital por falta de apoio domiciliário ou educativo);
- Otimização do tempo dos profissionais de saúde, através da clarificação do papel do enfermeiro de família e da utilização estruturada da consulta como espaço de apoio contínuo;
- Aumento da satisfação das famílias, pela melhoria da informação, do acompanhamento e da perceção de apoio;
- Reforço da articulação entre cuidados hospitalares e cuidados de proximidade, potenciando ganhos em continuidade de cuidados e qualidade de vida;

- Valorização e visibilidade do papel do enfermeiro de família, contribuindo para o reconhecimento da sua intervenção junto das equipas e da comunidade;
- Promoção da literacia em saúde e do empoderamento familiar, com impacto positivo na adaptação à doença e na gestão dos desafios do dia-a-dia.

V - OBJETIVOS DO PROJETO

Objetivos operacionais:

- Criar um folheto de sensibilização, com linguagem acessível e visual apelativo, até 25 de julho de 2025.
- Implementar a distribuição estratégica do folheto nas instalações da unidade.
- Aumentar a procura espontânea da consulta em 3 meses (nº de agendamentos diretos pela família).
- Aplicar um breve questionário às famílias para avaliar se o folheto influenciou a marcação da consulta, o conhecimento prévio sobre a consulta de enfermagem familiar e a perceção da sua utilidade.

VI – RESULTADOS

Resultados Obtidos:

Prevê-se um aumento da procura da consulta de ESF, promovendo a continuidade de cuidados e maior proximidade entre CSP e famílias, aumentando a satisfação das famílias com o apoio recebido. Assim prevê-se aumentar o reconhecimento do enfermeiro como recurso de apoio à família, na gestão da complexidade familiar em contexto oncológico.

VII – CRONOGRAMA

Cronograma do projeto:

Mar-Abr 2025: Diagnóstico

Mai-Jun 2025: Elaboração, validação e impressão do folheto

Jul 2025: Distribuição e divulgação

Outubro 2025: Avaliação e reformulação

VIII – INFORMAÇÕES

Informações adicionais que considere relevantes

O projeto está inserido num estágio de mestrado, promovendo a articulação entre investigação e prática clínica. Está sustentado em modelos teóricos reconhecidos e nos PQCE. Tem apoio da equipa da UF, com potencial para servir de base a um protocolo institucional. Os materiais construídos (fichas de apoio, planos de cuidados, folhetos) serão disponibilizados à equipa, facilitando a continuidade após a implementação inicial.

IX – PERSPETIVA DE AUTOAVALIAÇÃO

Qualidade e inovação das práticas

O projeto introduz uma estratégia de comunicação em saúde, ao desenvolver uma campanha de sensibilização com base num folheto informativo claro, visual e acessível, que visa mobilizar as famílias com elemento com doença oncológica para a Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar.

Melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde

A campanha promove o acesso facilitado e autónomo à Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar, dando visibilidade a um recurso que muitas famílias desconhecem. Ao utilizar canais diretos, como o folheto, ultrapassar barreiras informacionais e aproximar os cuidados de saúde das reais necessidades das famílias.

Melhoria da organização dos serviços

Ao clarificar e promover o papel do enfermeiro de família na gestão de situações oncológicas, o projeto contribui para uma maior utilização estruturada e eficaz da consulta de enfermagem, valorizando a sua função de apoio à família. Favorece ainda a melhoria da comunicação entre profissionais e a uniformização da resposta da unidade em situações semelhantes, facilitando a integração de cuidados e o trabalho em equipa.

Promoção de ações de mudança e valor acrescentado

Este projeto constitui uma ação concreta de mudança organizacional e cultural, ao tornar mais visível a abordagem familiar em contexto oncológico e ao incentivar um olhar sistémico sobre o impacto da doença na família. Adicionalmente, acrescenta valor ao cuidado prestado ao mobilizar ativamente as famílias, ao potenciar a continuidade dos cuidados e ao reforçar a literacia em saúde.

Replicação de boas práticas

A simplicidade e versatilidade do folheto, associado a uma estratégia de sensibilização de baixo custo, tornam este projeto facilmente replicável noutras unidades funcionais dos CSP. Pode ser adaptado a diferentes contextos geográficos e populacionais, e servir de modelo base para outras campanhas temáticas (ex. cuidadores informais, doença crónica, saúde mental), alargando o seu impacto.

Sustentabilidade

A campanha não requer investimentos significativos e é viável com os recursos disponíveis na unidade, o que garante a sua continuidade após a fase inicial. O folheto pode ser reimpresso ou atualizado sempre que necessário, mantendo a atualidade da mensagem. A integração do conteúdo na rotina da equipa, com apoio institucional e envolvimento dos profissionais, assegura a sustentabilidade a médio e longo prazo.

Impacto na população-alvo

Espera-se que a campanha contribua para uma maior consciencialização das famílias com elemento com doença oncológica sobre o papel do enfermeiro de família, promovendo o acesso precoce e continuado à Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Mundial da Saúde. (2002). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines (2nd ed.). Geneva: WHO.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar

Silva, M. M. da, Telles, A. C., Baixinho, C. L., Sá, E., Costa, A., & Henriques, M. A. P. (2024). Barriers and facilitators to accessing and using palliative care services in primary care: A qualitative study with patients and family carers in Portugal. *BMC Palliative Care*, 23(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01556-7>

XII – ANEXOS

Folheto:



O que pode mudar na família:



- Medo, ansiedade e incerteza são comuns após o diagnóstico.
- Os papéis mudam — alguém torna-se cuidador, outros adaptam rotinas. A doença obriga a família a adaptar planos, rotinas e relações.
- Consultas, deslocações e ausências laborais podem trazer instabilidade económica.
- Cuidar pode ser gratificante, mas também exaustivo física, emocional e mentalmente. A maioria dos cuidadores sente-se despreparada para este papel.
- Muitos procuram força na espiritualidade ou em crenças para lidar com o momento.
- Ansiedade, tristeza ou cansaço acumulam-se com o tempo, exigindo atenção e apoio. Cuidar também exige cuidar de si. O bem-estar de quem cuida é fundamental.



RESILIÊNCIA FAMILIAR

capacidade de se adaptar, cuidar e seguir em frente – juntos.

A resiliência é a força que cresce quando enfrentamos desafios juntos.

Com apoio certo, a família pode tornar-se mais forte, mais unida e adaptada ao novo contexto.

O Enfermeiro de Família pode:

- Ajudar a reorganizar o quotidiano familiar;
- Promover reuniões familiares para diálogo e partilha de tarefas;
- Ensinar estratégias de coping e comunicação;
- Encaminhar para apoio psicológico ou grupos de suporte;
- Proteger a saúde dos restantes elementos da família;
- Identificar recursos da comunidade que podem ajudar.

Marque uma consulta com o seu **Enfermeiro de Família**. Pode ser feita individualmente, em casal, ou com a família. Estamos disponíveis para apoiar a sua família neste momento desafiante.

"A força da família está na união. A nossa missão é reforçá-la."

Questionário de Avaliação - Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar: Família com elemento com doença oncológica

1. Como ficou a conhecer a Consulta de Enfermagem de Saúde Familiar?

- ☐ Através do folheto da unidade
- ☐ Por indicação de um profissional
- ☐ Já conhecia previamente
- ☐ Outro: _____

2. A consulta correspondeu às suas expectativas?

- ☐ Sim, superou
- ☐ Sim, correspondeu
- ☐ Não correspondeu
- ☐ Não sei dizer

3. Considera que esta consulta foi útil para a sua família?

- ☐ Sim, foi muito útil
- ☐ Sim, em parte
- ☐ Não foi útil
- ☐ Ainda é cedo para avaliar

5. Em que aspetos sentiu mais apoio? (pode assinalar mais do que uma opção)

- ☐ Apoio emocional
- ☐ Orientações práticas (cuidados, alimentação, etc.)
- ☐ Comunicação e organização familiar
- ☐ Encaminhamento para outros recursos
- ☐ Escuta e compreensão
- ☐ Outro: _____

7. Comentários ou sugestões finais:

Anexo IV

Questionário de Satisfação dos utentes dos CSP – UCSP [REDACTED]

A avaliação da satisfação dos utentes é uma ferramenta importante de gestão das unidades de saúde, permitindo a melhoria contínua dos cuidados que lhe são prestados, pelo que agradecemos o tempo por si despendido na resposta a este breve questionário.

Caso entenda, poderá preencher os dados seguintes que servem para nos ajudar a perceber um pouco melhor as características dos utentes que usaram os serviços.

Ano de nascimento: _____

Género: ☐ Feminino; ☐ Masculino; ☐ Indeterminado

Escolaridade (anos): _____ Profissão: _____

1. Como avalia a sua satisfação global em relação à UCSP [REDACTED]

(Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a "muito insatisfeito" e 10 a "muito satisfeito"; Coloque uma cruz na coluna correspondente à sua resposta)

Muito insatisfeito									Muito satisfeito
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Como avalia a facilidade em contactar telefonicamente com a UCSP [REDACTED]

(Coloque uma cruz na coluna correspondente à sua resposta)

Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sei/ não respondo

3. Como avalia a sua satisfação com o horário proposto pela UCSP [REDACTED] para os serviços que lhe são prestados?

(Coloque uma cruz na coluna correspondente à sua resposta)

Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito	Não sei/ não respondo

4. Como avalia a sua satisfação em relação ao tempo que decorre até ao agendamento e realização das consultas por si solicitadas?

(Coloque uma cruz na coluna correspondente à sua resposta)

Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito	Não sei/ não respondo

5. Como avalia sua satisfação com o atendimento no secretariado clínico da UCSP

(Utilizando uma escala de 1 a 10, em que 1 corresponde a "muito insatisfeito" e 10 a "muito satisfeito"; Coloque uma cruz na coluna correspondente à sua resposta)

Muito insatisfeito									Muito satisfeito
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Como avalia a sua satisfação relativamente à qualidade dos cuidados clínicos recebidos (prestados por médico, enfermeiros ou outro)?

(Coloque uma cruz na coluna correspondente à sua resposta)

Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Nada satisfeito	Não sei/ não respondo

7. Na sua opinião, como poderíamos melhorar os nossos serviços?

1 -

2 -

3 -

Anexo V

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

UCSP [REDACTED]
2025

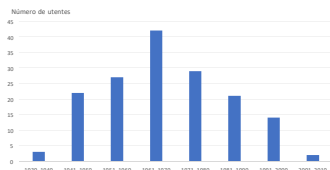
Objetivo

- Avaliação da perceção dos utentes sobre a qualidade dos cuidados prestados.
- Identificação de áreas de melhoria na UCSP [REDACTED]

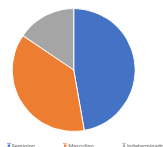
Dados da Amostra

- Total de respostas: 161 utentes

Ano de nascimento:



Género



Dados da Amostra (cont.).

Anos de escolaridade:



Situação profissional:

Maioritariamente reformados, domésticas, operadores/as fabris, auxiliares.

Avaliação da Satisfação dos Utentes

- Satisfação Global: 62,06%
- Contacto Telefónico: 30,48%
- Horário de Funcionamento: 56,26%
- Tempo de Agendamento: 37,82%
- Secretariado Clínico: 69,18%
- Cuidados Clínicos: 68,85%

Principais Temas das Sugestões

1. Falta de médicos
2. Melhoria do atendimento telefónico
3. Acesso a consultas e tempo de espera
4. Recursos humanos
5. Qualidade do atendimento
6. Infraestruturas e funcionamento

Conclusões

- Perceção global tendencialmente positiva.
- Principais áreas críticas: consultas, contacto telefónico e recursos humanos.
- Utentes demonstram interesse em contribuir com sugestões construtivas.

Conclusões - propostas

- Reforço da equipa médica e administrativa
- Melhoria do atendimento telefónico
- Revisão da triagem para doenças agudas
- Formação em humanização e comunicação
- Avaliação da transição para USF

"O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia"

Robert Collier

Anexo VI

Serviços mínimos em caso de ausência prolongada do médico/enfermeiro de família:

Programa Saúde do Adulto/Saúde do Idoso e restantes programas:

- Situações de doença aguda;
- Renovação de receituário de doença crónica;
- Renovação de Certificado de Incapacidade Temporária;
- Renovação de credenciais de terapias domiciliárias;
- Emissão de credenciais de transporte;
- Orientação de utentes com resultados de exames alterados;
- Continuidade de cuidados inadiáveis;
- Vacinação;

Programa de Cuidados no domicílio:

- Situações de doença aguda;
- Continuidade de cuidados inadiáveis;

Programa de Planeamento Familiar:

- Disponibilidade de contraceptivos, incluindo contraceção de emergência e orientação de situações para interrupção voluntária da gravidez;

Programa de Saúde Infantil e Juvenil:

- Teste de diagnóstico precoce até ao 6º dia;

- Consultas de vigilância de saúde infantil até aos 2 anos;

Programa de Saúde Materna:

- Todas as consultas de vigilância da gravidez.

Espera o melhor de nós...

Queremos tratá-lo com respeito,

Promover cuidados de saúde de qualidade,

Respeitar a sua recusa a um ato médico,

Garantir o direito à segunda opinião médica,

Assegurar a proteção dos seus dados pessoais.

Porque nós esperamos o melhor de si.

Sabemos do respeito que tem por nós e pelos outros utentes,

Sabemos que terá uma atitude responsável pela sua saúde,

Sabemos que vai usar os nossos serviços só quando tiver absoluta necessidade disso, permitindo assim a todos os utentes e a si próprio, uma prestação com o máximo de qualidade e tranquilidade.

Louvores, Sugestões e Reclamações

Se pretende apresentar uma sugestão, elogio ou reclamação poderá fazê-lo:

- Diretamente junto dos nossos funcionários;
- Na caixa de sugestões;
- Por carta;
- Por email;
- No livro de reclamações.

UCSP

Guia de Acolhimento ao Utente

 Cuidamos de si, ao longo da vida.

LOGÓTIPO

Horário de Funcionamento

Dias úteis: 08:00 às 20:00

Todas as Quintas-feiras, das 12h às 14h, a UCSP encontra-se condicionada ao atendimento devido à reunião de serviço multidisciplinar.

Sábados: 09:00 às 13:00



GPS:



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Quem Somos

Equipa constituída por 5 médicos de família, 4 enfermeiros de família e 3 secretárias clínicas.

Coordenadora:

Médico e Enfermeiro de Família	Secretária Clínica

Marcação de Consultas

As consultas médicas ou de enfermagem podem ser marcadas pelo utente ou pelo profissional de saúde:

- Presencialmente, no secretariado clínico da UCSP;
- Via telefone -
- Via internet, através do Portal do Utente (<https://servicos.min-saude.pt/utente/>) ou e-mail

Serviços Disponibilizados

Consulta de Medicina Geral e Familiar
Vigilância e seguimento geral da saúde do adulto/idoso

Consultas de Enfermagem:

- Saúde Infantil
- Planeamento Familiar
- Saúde Materna
- Rastreio Oncológico
- Diabetes
- Hipertensão

Consultas de Agudos

De iniciativa do utente para um atendimento no próprio dia devido ao aparecimento recente de um problema de saúde ou agudização de outros já existentes.

Critérios de acesso:

- Sintoma súbito/agudo que surgiu nos últimos 3 dias;
- Agravamento súbito de uma doença crónica;
- Traumatismo ou ferida que exijam cuidados imediatos;
- Renovação imprevisível de Certificado de Incapacidade temporária;
- Administração de injetáveis (antibióticos, heparinas e terapêutica oncológica).

Consultas no Domicílio

Destina-se a utentes dependentes.

Atendimento

O atendimento é feito por ordem de chegada.
O utente tem o direito de recusar a presença de formandos durante a consulta, devendo, para isso, informar previamente o secretariado.

Recomendações Gerais

Não se esqueça do seu cartão de cidadão;
Se não puder comparecer à consulta, avise com pelo menos 24 horas de antecedência;
As consultas, tratamentos ou outros procedimentos são sujeitos a agendamento.

Renovação de Medicação

Pedido: presencialmente, por telefone, email ou Portal do Utente.

Resposta em até 72h úteis.

Se adoecer fora do horário de funcionamento da unidade:

Em caso de doença aguda, deve recorrer

- Horário de atendimento:
- Todos os dias úteis, das 8h às 19:45h;
 - Aos sábados, das 9h às 12:45h.

Fora deste horário ou em caso de emergência ou acidente, deve contactar o 112 ou o SNS24 (808 24 24 24).

Anexo VII

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Gomes - Universidade Nova de Lisboa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar
Estágio em Enfermagem de Saúde Familiar

PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

FAMÍLIAS COM ELEMENTO COM DOENÇA ONCOLÓGICA: INTERVENÇÃO COLABORATIVA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Enfermeira Joana Bessa
abril de 2025

PRR REPÚBLICA PORTUGUESA Financiada pela União Europeia

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Gomes - Universidade Nova de Lisboa

SUMÁRIO

- Introdução
- Propósito do projeto individual
- Metodologia
- Enquadramento teórico
- Objetivos
- Cronograma
- Bibliografia

PRR REPÚBLICA PORTUGUESA Financiada pela União Europeia

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Gomes - Universidade Nova de Lisboa

Introdução

MDAIF

```

graph LR
    A[Motivação pelo percurso profissional] --> B[A Família com Elemento com Doença Oncológica]
    B --> C[Pesquisa bibliográfica]
    C --> D[Identificação de lacuna na avaliação e intervenção na família]
    D --> E[Consequência na qualidade de vida do familiar]
    E --> F[Escala CQQLC]
  
```

PRR REPÚBLICA PORTUGUESA Financiada pela União Europeia

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Gomes - Universidade Nova de Lisboa

PROPÓSITO DO PROJETO INDIVIDUAL

- Enquadramento nos objetivos gerais do mestrado e no desenvolvimento de competências no processo de diagnóstico e de intervenção diferenciada

PRR REPÚBLICA PORTUGUESA Financiada pela União Europeia

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Gomes - Universidade Nova de Lisboa

METODOLOGIA

- Revisão bibliográfica;
- Metodologia qualitativa – estudo observacional e descritivo das entrevistas semiestruturadas;
- Processo de introspeção e reflexão.

PRR REPÚBLICA PORTUGUESA Financiada pela União Europeia

ESS+
Escola Superior de Saúde Nuno
Gomes - Universidade Nova de Lisboa

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- A doença oncológica não afeta só a pessoa com o diagnóstico, mas também os seus familiares próximos, uma vez que esta é uma vivência partilhada por todos, em que a família serve de suporte emocional e de participação na tomada de decisão (Lemetti et al., 2021).
- Os familiares cuidadores da pessoa com doença oncológica tendem a abarcar com a responsabilidade de cuidar da família, desconsiderando a sua própria condição física, mental e social, sofrimento espiritual e/ou instabilidade económica, o que pode levar a alterações nas relações e/ou funcionamento familiares (Kim & Ahn, 2022).

PRR REPÚBLICA PORTUGUESA Financiada pela União Europeia

OBJETIVOS

- **Objetivo 1:** Desenvolver competências para cuidar da família com elemento com diagnóstico de doença oncológica, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, até 31 de julho de 2025.
- 1.1. Avaliar de forma sistémica, de acordo com o referencial teórico MDAIF, pelo menos duas famílias com elemento com diagnóstico de doença oncológica da lista do Enfermeiro Tutor até 16 de maio de 2025.
- 1.2. Analisar a resposta familiar à transição saúde-doença decorrente do diagnóstico de doença oncológica de um dos seus elementos identificando os fatores que influenciam a qualidade de vida dos familiares, até 16 de maio de 2025.
- 1.3. Desenvolver colaborativamente um plano de cuidados para pelo menos duas famílias com um elemento com doença oncológica, elaborado de acordo com os diagnósticos formulados, numa perspetiva sistémica e sustentado no MDAIF, até 16 de maio de 2025.

- 1.4. Implementar o plano de cuidados previamente desenvolvido, através da intervenção direta junto de pelo menos duas famílias, promovendo a adaptação familiar ao processo de transição saúde-doença e contribuindo para a melhoria da saúde familiar e qualidade de vida dos familiares, até 6 de junho de 2025.
- 1.5. Avaliar o impacto das intervenções realizadas na família, com base nos juízos dos diagnósticos elaborados, até 20 de junho de 2025.
- 1.6. Realizar uma análise crítica do impacto das intervenções implementadas junto da família, com base nos dados recolhidos nas atividades de avaliação, até 11 de julho de 2025.

- **Objetivo 2:** Desenvolver competências para liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, em particular na intervenção na família com elemento com doença oncológica, até 31 de julho de 2025.

- 2.1. Identificar as estratégias de intervenção eficazes do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar nas famílias com elemento com doença oncológica, pela avaliação da eficácia percebida por estas famílias, até 18 de julho de 2025.
- 2.2. Contribuir para o desenvolvimento da prática clínica da enfermagem de saúde familiar junto das famílias com elemento com doença oncológica, através da realização de uma atividade formativa dirigida à equipa multidisciplinar, até 25 de julho de 2025.
- 2.3. Promover a literacia em saúde das famílias com elemento com doença oncológica, através da elaboração de material informativo de comunicação visual e escrita, até 25 de julho de 2025.

Cronograma

[illegible][illegible]

Ocupação	Objetivo: Equilibrar 2.1. Identificar estratégias de intervenção eficazes em situações de enfrentamento de saúde familiar em famílias com doentes com doenças crônicas, pelo avaliação da eficácia desenvolvida para esta família, em 14 de julho de 2024. Atividade: 2.1.1. Identificar estratégias de intervenção eficazes em situações de enfrentamento de saúde familiar em famílias com doentes com doenças crônicas, pelo avaliação da eficácia desenvolvida para esta família, em 14 de julho de 2024. Resultado: 2.1.1.1. Identificar estratégias de intervenção eficazes em situações de enfrentamento de saúde familiar em famílias com doentes com doenças crônicas, pelo avaliação da eficácia desenvolvida para esta família, em 14 de julho de 2024.	Parâmetros de eficácia das intervenções implementadas por meio das estratégias
	Objetivo: Equilibrar 2.2. Construir plano de atendimento e a prática clínica de enfermagem de saúde familiar com famílias com doentes crônicos, através da realização de uma atividade fundamentada dirigida para esta família, em 14 de julho de 2024. Atividade: 2.2.1. Construir plano de atendimento e a prática clínica de enfermagem de saúde familiar com famílias com doentes crônicos, através da realização de uma atividade fundamentada dirigida para esta família, em 14 de julho de 2024. Resultado: 2.2.1.1. Construir plano de atendimento e a prática clínica de enfermagem de saúde familiar com famílias com doentes crônicos, através da realização de uma atividade fundamentada dirigida para esta família, em 14 de julho de 2024.	Parâmetros de eficácia das intervenções implementadas por meio das estratégias
	Objetivo: Equilibrar 2.3. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024. Atividade: 2.3.1. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024. Resultado: 2.3.1.1. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024.	Parâmetros de eficácia das intervenções implementadas por meio das estratégias
	Objetivo: Equilibrar 2.4. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024. Atividade: 2.4.1. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024. Resultado: 2.4.1.1. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024.	Parâmetros de eficácia das intervenções implementadas por meio das estratégias
	Objetivo: Equilibrar 2.5. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024. Atividade: 2.5.1. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024. Resultado: 2.5.1.1. Promover a literacia em saúde familiar com doentes com doenças crônicas, através do desenvolvimento de material informativo de comunicação escrita, em 20 de julho de 2024.	Parâmetros de eficácia das intervenções implementadas por meio das estratégias

Bibliografia

- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273–294.
- Duhanel, F., & Dupuis, F. (2004). Guaranteed returns: investing in conversations with families of patients with cancer. In *Clinical journal of oncology nursing* (Vol. 8, issue 1, pp. 68–74). <https://doi.org/10.1188/04.cjon.68-74>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família* (Lusociência, Ed.).
- Gomes, C. (2015). *A Família como Foco de Intervenção de Enfermagem no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em Unidade de Internamento* [Relatório de Estágio Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Enfermagem Oncológica]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1993). Resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In Springer Publishing Company. (Ed.), *Family assessment: Resiliency, coping, and adaptation – New perspectives on family processes* (pp. 1–64).
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32–38.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (Springer Publishing Company, Ed.).
- Mirsoleymani, S., Matbouei, M., Vasil, P., Marzaleh, M., & Rohani, C. (2021). The role of family caregiver's sense of coherence and family adaptation determinants in predicting distress and caregiver burden in families of cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 47–53. https://doi.org/10.4300/IJPC-IPS_114_20
- Mullira, J. K., Kizza, I. B., & Nakitende, G. (2019). Roles of family caregivers and perceived burden when caring for hospitalized adult cancer patients: Perspective from a low-income country. *Cancer Nursing*, 42(3), 208–217. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000591>
- Nunes, A. C., Luiz, E. A. M., & Barba, P. C. de S. Della. (2021). Family quality of life: An integrative review on the family of people with disabilities. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(7), 2873–2888. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.06962019>

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://www.ordem.enfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCESSaudeFamiliar.pdf>
- Ramalho, M., Silva, L., Manguiera, S., Silva, T., Lucena, C., & Pinto, M. (2018). Palliative care: the perception of family caregivers of cancer patients. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(2). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.39378>
- Regulamento n.º 140/2019, Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, Diário da República n.º 26/2019, 2.ª série de 2019-02-06 (2019).
- Regulamento n.º 428/2018 Da Ordem Dos Enfermeiros: Regulamento de Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária Na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, Diário da República n.º 135, 2.ª série de 2018-07-16 (2018).
- Rezende, M., & Remondes-Costa, S. (2018). Impacto da Doença Oncológica nos Familiares: Sobrecarga e Sintomatologia Psicopatológica, Relação e Implicações. *RIIS - Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 45–56.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003, June). Estudo de Adaptação da Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicosomática*, 5, 105–118.
- Santos, L. A. dos, Oliveira, P. P. de, Silveira, E. A. A. da, Gesteira, E. C. R., Fonseca, D. F. da, & Rodrigues, A. B. (2019). The resilience process in family caregivers of people with malignant neoplasia. *Escola Anna Nery*, 23(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9865-ean-2019-0023>
- Santos, S., Rocha, A. M., Maduro, B., Ferreira, C., Martins, L., Belo, P., & Ferreira, M. (2024). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar em cuidados paliativos. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(1), 1–14. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i1.306>
- Son-Hee, A., & Hyun, K. S. (2022). Distress, Family Resilience, and Quality of Life among Family Caregivers of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: The Moderating Role of Family Resilience. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34(2), 225–232. <https://doi.org/10.2175/kjan.2022.34.2.225>
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1), 1–18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>

Anexo VIII



CINESF

**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

JOANA SOFIA MADEIRA DE OLIVEIRA BESSA

Esteve presente no

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

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

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

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo IX



C I N E S F

VI CONGRESSO INTERNACIONAL

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

Joana Bessa

Expôs o abstract com o título ***Famílias com Elemento com Doença Oncológica: Intervenção Colaborativa do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*** na forma de **Poster** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Joana Bessa¹; Carlos Vitor²;
1 - IPO Porto; 2 - ESSNorteCVP;

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

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo X



CINESF
**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

Joana Bessa

Expôs o abstract com o título ***Avaliação Estrutural de Famílias com Elemento com Doença Oncológica segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Estudo de Caso*** na forma de **Poster** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Joana Bessa ¹;
1 - IPO Porto;

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

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo XI



CINESF
**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



Certificado

Certifica-se que

Sónia Almeida

Expôs o abstract com o título ***RespiraSaúde: Respirar Bem, Viver Melhor – Consulta de Enfermagem Estruturada da Doença Respiratória*** na forma de **Poster** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Joana Bessa¹; Rosa Oliveira²; Sílvia Dias²; Sónia Almeida²; Tiago Coelho³; Catarina Nogueira⁴;
1 - IPO Porto; 2 - ULSEDV; 3 - ULSGE; 4 - ESSNorteCVP;

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

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo XII



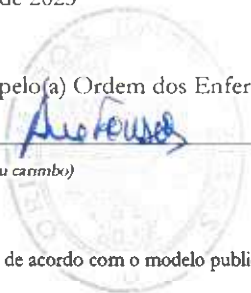
Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa natural de São João da Madeira nascida em 25/04/1990, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 13711776 válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, em 25/03/2025, com a duração de 15:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	7:00	-
Qualidade em Saúde	3:00	-
Construção de Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade	5:00	-

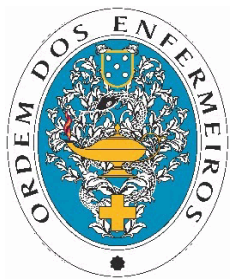
Lisboa, 21 de abril de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional


(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 707/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo XIII



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOANA SOFIA MADEIRA DE OLIVEIRA BESSA

membro nº **76758** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Projetos de Melhoria Contínua: do Pensamento à Ação**", realizado no dia **26 de Março de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 26 de Março de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Anexo XIV

Certificado

Certifica-se a presença de

Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa

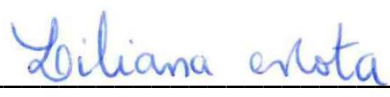
na ***“VII Conferência Internacional de Investigação em Saúde: Desafios à ciência para um futuro sustentável”*** realizada nos dias 3 e 4 de abril de 2025, no Auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, num total de 14 horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 4 de abril de 2025

O Presidente da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID


Profª Doutora Liliana Mota

Organização:

03/04/2025

08h30 | Abertura do secretariado

09h30 | Painel 1 – Desafios à ciência para um futuro sustentável

Investir na saúde da população (sustentabilidade)

José Miguel Diniz (ULS São José, Portugal)

Como criar cidades mais saudáveis para a sustentabilidade em saúde: envolvimento dos *stakeholders*

Paula Santana (Universidade de Coimbra, Portugal)

Avaliação de impacto em saúde

Emanuel Valpaços (Associação Portuguesa de Avaliação de Impactes, Portugal)

Moderador: Manuela Ferreira (ESSNorteCVP, Portugal)

11h00 | *Coffee Break*

11h30 | Sessão Solene de Abertura

Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP, Portugal)

Inês Lamego (Vereadora do Município de Oliveira de Azeméis, Portugal)

António Soares (Diretor Executivo da Unidade de I&D RISE-Health, Portugal)

Liliana Mota (Coordenadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento ESSNorteCVP, Portugal)

12h00 | InovTalk 1 – Digital Transformation, Artificial Intelligence, Data and Decision Sciences in Health

Luís Azevedo (Universidade do Porto, Portugal)

12h30 | Almoço (livre)

14h00 | Painel 2 – Implementação de Tecnologias digitais na saúde

SNS 24: Inovação para uma saúde mais próxima e acessível

João Luís Oliveira (Centro Nacional de Telesaúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Portugal)

Telemonitorização - novo paradigma na prestação de cuidados

Rafael Franco (Unidade de Inovação Digital, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Portugal)

O Impacto dos Dados Hoje e no Futuro

Bruno Trigo (Direção de Arquitetura, Negócio e Análise de Dados, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Portugal)

Moderador: Fernanda Príncipe (ESSNorteCVP, Portugal)

15h00 | InovTalk 2 – Telemedicina em cirurgia de ambulatório

Cíntia Fassarella (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil)

16h00 | Comunicações Orais

04/04/2025

09h30 | Comunicações Orais

10h30 | *Coffee Break*

11h00 | InovTalk 3 – Living Labs: user engagement and innovation for sustainability

Elísio Costa (CINTESIS@RISE, Universidade do Porto, Portugal)

11h30 | Painel 3 – Tendências da investigação em saúde sustentável

Gestão de dados da investigação

Pedro Príncipe (Universidade do Minho, Portugal)

A ciência em cocriação

Cristina Luís (Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Portugal)

Diminuir o gap entre a ciência e a política

Paula Marciana Pinheiro de Oliveira (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira -UNILAB, Brasil)

Moderador: Sónia Novais (ESSNorteCVP, Portugal)

12h30 | Almoço (livre)

14h00 | InovTalk 4 – One Health Research Framework OMS Europa

Paula Vasconcelos (Direção-Geral da Saúde, Portugal)

14h30 | Painel 4 – Modelos de Intervenção centrados na pessoa

Intervention for hip fracture and falls prevention in fragile people

Kathleen Kline Mangione (Arcadia University, USA)

SELF CARE@HOME: technological solutions in health-care promotion

Paulo Azevedo (ESSNorteCVP, Portugal)

Person-centered care model for patients with depressive and anxiety symptoms

Lara Guedes de Pinho (Universidade de Évora, Portugal)

Moderador: Maria da Conceição Graça (ESSNorteCVP, Portugal)

16h00 | Atribuição de prémios e Sessão de encerramento

Anexo XV

1º SIMPÓSIO CUIDAR EM ONCOLOGIA

9-10
MAIO
2025

CERTIFICADO

O Serviço de Oncologia Médica II do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil certifica que,

Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa

participou, de forma online, no **1.º Simpósio 'Cuidar em Oncologia'**, realizado nos dias **9 e 10 de maio de 2025**, com a duração total de 15 horas.

O evento teve como objetivo promover a partilha de experiências e refletir sobre os desafios e as melhores práticas no cuidado a doentes oncológicos, destacando a importância da abordagem centrada no doente e da integração entre especialidades.

Lisboa, 10 de maio de 2025

Pel'A Organização



Carlos Pires
Enfermeiro Gestor, Serviço de Oncologia Médica II
IPO Lisboa

Anexo XVI

Certificado

Certifica-se que **Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa**, nascido(a) a 1990-04-25, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação n.º 13711776, participou no **XVII Encontro do Dia Internacional da Família: Políticas voltadas para a Família - Rumo ao Desenvolvimento Sustentável**, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que decorreu no dia 15 de maio de 2025, em formato *online*.

Coimbra, 19 de maio de 2025

Pela Comissão Organizadora

Professora Doutora Cristina Maria Figueira Veríssimo

O Presidente da ESEnfC

Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

PROGRAMA

14:00 Mesa de Abertura

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Presidente do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves

Vice-Coordenadora da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Professora Doutora Marília Neves

14:30 Painel: Das políticas às vivências familiares

Solidariedade intergeracional na família: Perspetivas de vida entre gerações - Helena Carvalho, Professora Adjunta - Departamento de Educação do Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro/Penafiel

Das vivências familiares às políticas: olhares cruzados sobre as dificuldades e as necessidades das famílias – Vanessa Cunha, Investigadora Auxiliar - Universidade de Lisboa Instituto de Ciências Sociais

O homem na família contemporânea - Hugo Gonçalves, Escritor – Companhia das Letras

Moderação: Ana Paula Camarneiro, Professora Doutora - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

16:00 Pausa

16:30 Comunicações livres

18:00 Sessão de Encerramento

Professora Doutora Cristina Veríssimo, Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária

Horas totais: 4 horas

Anexo XVII

XVIII ENCONTRO CIENTÍFICO

Cuidados Paliativos: Conforto, Dignidade e Cuidado

16 de julho de 2025 | ESSNorteCVP

Certificado

Certifica-se a presença de

Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa

no “XVIII Encontro Científico - Cuidados Paliativos: Conforto, Dignidade e Cuidado” realizado no dia 16 de julho de 2025, no Auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, num total de 8 horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 16 de julho de 2025

Ricardo Manuel da Costa Melo

(Prof. Doutor Ricardo Melo)

Anexo XVIII

XVIII ENCONTRO CIENTÍFICO

Cuidados Paliativos: Conforto, Dignidade e Cuidado

16 de julho de 2025 | ESSNorteCVP

Certificado

Certifica-se que

Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa

participou no Workshop “Conferência Familiar e o Envolvimento dos Cuidados” dinamizado no “XVIII Encontro Científico - Cuidados Paliativos: Conforto, Dignidade e Cuidado”, no dia 16 de julho de 2025, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 16 de julho de 2025

Ricardo Manuel da Costa Melo

(Prof. Doutor Ricardo Melo)

Anexo XIX

XVIII ENCONTRO CIENTÍFICO

Cuidados Paliativos: Conforto, Dignidade e Cuidado

16 de julho de 2025 | ESSNorteCVP

Certificado

Certifica-se que

Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa

participou no Workshop “Processo de Luto nas Diferentes Perdas” dinamizado no “XVIII Encontro Científico - Cuidados Paliativos: Conforto, Dignidade e Cuidado”, no dia 16 de julho de 2025, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 16 de julho de 2025

Ricardo Manuel da Costa Melo

(Prof. Doutor Ricardo Melo)

Anexo XX

FW: Solicitação da Escala CQOLC para Projeto Individual de Desenvolvimento de Competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

De: Célia Santos
Data: qua, 11/12/2024 10:10
Para: Joana Bessa

1 anexo (127 KB)
Cotação CQOLC.pdf

Cara Joana

Autorizo a utilização da escala CQOLC no seu trabalho.

Envio, em anexo, a escala, sua cotação, e referência ao documento de divulgação do mesmo.

Bom sorte para o seu trabalho.

Célia Santos

----- Mensagem original -----

De: Joana Bessa
Data: 10/12/24 09:03 (GMT+00:00)
Para: [Redacted]
Cc: Carlos Vitor [Redacted]
Assunto: Solicitação da Escala CQOLC para Projeto Individual de Desenvolvimento de Competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Exma. Professora Doutora Célia Santos,

Eu, Joana Sofia Madeira de Oliveira Bessa, encontro-me a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Estou neste momento a desenvolver o meu Projeto Individual de Desenvolvimento de Competências no âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Familiar, sob orientação do Enfermeiro Mestre Carlos Vitor e a Enfermeira [Redacted] que explorará o papel do Enfermeiro de Família na abordagem a família com pessoa com diagnóstico de doença oncológica, com enfoque na qualidade de vida dos familiares/cuidadores de doentes oncológicos.

Estou neste momento a realizar estágio na [Redacted] onde irei implementar este projeto, sendo que inicialmente irei realizar o estudo de 10 famílias. Neste contexto, venho solicitar permissão para a aplicação da escala Caregiver Quality of Life Index – Cancer (CQOLC), adaptada para a população portuguesa, conforme descrito no artigo, publicado na Revista Portuguesa de Psicossomática, "Estudo de adaptação da escala de qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico (CQOLC)". Caso seja autorizada a utilização, agradecia o envio da versão final da mesma, assim como as normas de cotação, ou a indicação bibliográfica onde conste essa informação.

Agradeço desde já pela atenção e fico disponível para fornecer informações adicionais sobre o meu projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Bessa

Contactos: [Redacted]