



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem  
de Saúde Familiar  
Relatório de Estágio**

**Intervenção do enfermeiro na capacitação da família da pessoa  
com diabetes tipo II para estilos de vida saudável**

Nurse intervention in training the family of people with type II diabetes for healthy  
lifestyles

**Paula Cristina Gomes Marques Paulo**



**Lisboa  
2024**



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem  
de Saúde Familiar  
Relatório de Estágio**

**Intervenção do enfermeiro na capacitação da família da pessoa  
com diabetes tipo II para estilos de vida saudável**

Nurse intervention in training the family of people with type II diabetes for healthy  
lifestyles

**Paula Cristina Gomes Marques Paulo**

Orientador/a: Professora Laura Maria Monteiro Viegas

---

**Lisboa  
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **SIGLAS E ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

AHA - *American Heart Association*

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC - acidente vascular cerebral

CDP - Centro Diagnóstico Pneumológico

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DM - *Diabetes Mellitus*

DNT's - Doenças Não Transmissíveis

E - Estágio

EC - *European Commission*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FINDRISC® - *Finnish Diabetes Risk Score*

GLUT - Proteína Humana Transportadora de Glicose

HbA1c - Hemoglobina Glicada

HC - Horas de contacto

IDF - *International Diabetes Federation*

IJE - *International Journal of Endocrinology*

IMC - Índice de Massa Corporal

LFD - Linha Flexível de Defesa

LND - Linha Normal de Defesa

LR - Linha de Resistência

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e intervenção Familiar

MIMUF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

Nº - Número

% - Percentagem

PLS - Plano Local de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OT - Orientação Tutorial

S - Seminário

SES - Sessões de educação para a saúde

UC - Unidade Curricular

UCSP - Unidade Cuidados Saúde Personalizados

UE - União Europeia

ULS - Unidade Local Saúde

USF - Unidade Saúde Familiar

USP - Unidade Saúde Pública

WHO - *World Health Organization*

1º - Primeiro

2º - Segundo

3º - Terceiro

## Agradecimentos

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que tornaram possível a realização do mestrado e a conclusão deste relatório.

Agradeço à minha orientadora pedagógica, Professora Doutora Laura Viegas pela sua orientação pedagógica, valiosos *insights* e suporte nas minhas inquietudes ao longo deste percurso. Foi fundamental para o meu crescimento pessoal, profissional e académico.

A toda a equipa da UCSP e USF, que me acolheu, pelas oportunidades concedidas na minha aprendizagem. Especialmente às minhas orientadoras clínicas, pela sua colaboração, motivação e empenho.

À minha amiga, Gabriela, pela amizade e compreensão.

À minha irmã Carla e cunhado António, pelo apoio incondicional, fundamental para a minha motivação e perseverança.

Aos meus filhos, Ricardo, Pedro e Raquel, por acreditarem em mim e por me contagiarem com os seus sorrisos, amor e carinho.

Muito obrigado(a) a todos(as)!

## RESUMO

Os estilos de vida, influenciam os hábitos do quotidiano, com impacto significativo na saúde, determinando, para a maioria das pessoas, o quão saudável ou doentes as pessoas estarão a médio e longo prazo.

O aumento da longevidade da população tem-se destacado como um tema atual. O enfermeiro especialista em saúde familiar tem um papel preponderante na promoção dos estilos de vida saudável do idoso e sua família. Este papel é crucial na motivação para a aquisição dos mesmos no tratamento correto da diabetes tipo II, para prevenir complicações pelo não controlo da glicemia. A diabetes é influenciada pelo contexto sociocultural da família e a proximidade entre os elementos modifica o quotidiano pela partilha recíproca, como na coabitação entre os conjugues.

Elaborei um projeto de intervenção com o objetivo: desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar intervindo na promoção de estilos de vida saudável no conjugue da pessoa idosa com diabetes tipo II.

A Metodologia foi baseada na aplicação do processo de enfermagem às famílias. Na primeira fase, avaliação e recolha de dados, realizou-se um estudo transversal descritivo.

Dos resultados pela aplicação do inquérito estilo de vida fantástico, identificaram-se diagnósticos de enfermagem, constituindo os stressores negativos: padrão alimentar comprometido; padrão de exercício comprometido; sono comprometido, excesso de peso e obesidade. O não abuso de álcool e tabaco, figuram-se como estilos de vida que são factores protetores.

A intervenção baseou-se na evidência científica e no modelo de Betty Neuman. Os resultados evidenciaram aumento do conhecimento no domínio da alimentação saudável, atividade física, sono, IMC e algumas mudanças na aquisição de estilos de vida saudável.

Este relatório traduz uma análise reflexiva detalhada das atividades realizadas ao longo de todo o percurso, permitindo a identificação e descrição do processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar e competências do grau de mestre.

Palavras chave: estilos de vida; enfermagem; família, diabetes tipo II e comunidade.

## ABSTRACT

Lifestyles influence daily habits, with a significant impact on health, determining, for most people, how healthy or sick they will be in the medium and long term.

Increasing the longevity of the population has stood out as a current topic. The nurse specialist in family health has a leading role in promoting healthy lifestyles for elderly people and their families. This role is crucial in motivating them to acquire them in the correct treatment of type II diabetes, to prevent complications due to lack of blood glucose control. Diabetes is influenced by the sociocultural

context of the family and the proximity between the elements changes daily life through reciprocal sharing, as in cohabitation between spouses.

I developed an intervention project with the objective: to develop common and specific skills for nurses specializing in family health, intervening in the promotion of healthy lifestyles in the spouses of elderly people with type II diabetes.

The Methodology was based on the application of the nursing process to families. In the first phase, evaluation and data collection, a descriptive cross-sectional study was carried out.

From the results of the fantastic lifestyle survey, nursing diagnoses were identified, constituting the negative stressors: compromised eating pattern; compromised exercise pattern; compromised sleep, overweight and obesity. Not abusing alcohol and tobacco are lifestyle styles that are protective factors.

The intervention was based on scientific evidence and the Betty Neuman model. The results showed an increase in knowledge in the field of healthy eating, physical activity, sleep, BMI and some changes in the acquisition of healthy lifestyles.

This report translates a detailed reflective analysis of the activities carried out throughout the journey, allowing the identification and description of the process of acquiring common and specific skills for nurses specializing in family health and master's degree skills.

Keywords: lifestyles; nursing; family, type II diabetes and community.

# ÍNDICE

## RESUMO

## ABSTRAT

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1 - CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR</b> .....	12
1.1 – Caraterização da UCSP.....	12
1.2 – Caraterização da USF.....	13
1.3 – Referenciais Teóricos.....	14
1.3.1 - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.....	14
1.3.2 - Modelo de Sistema Betty Neuman.....	15
1.4 – Percurso das competências especializadas e de mestre na UCSP e na USF.....	17
1.4.1 - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde familiar no Sistema Família.....	22
<b>2 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....	35
2.1 - Projeto de intervenção.....	35
2.2 - Revisão <i>Scoping</i> .....	40
2.3 – Objetivos geral e específicos.....	41
2.4 - Metodologia.....	41
2.4.1 - Avaliação e recolha de dados.....	42
2.4.2 - Planeamento e Intervenção.....	50
2.4.3 - Avaliação dos resultados.....	50
<b>3 - REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE UM SABER ESPECIALIZADO</b> .....	54
3.1 - Competências comuns de enfermeiro especialista.....	54
3.2 - Competências de enfermeiro especialista em saúde familiar.....	56
3.3 - Competências de Grau de Mestre.....	57
<b>4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	59

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Questionário sociodemográfico/dados antropométricos e questionário “Estilos de Vida Fantástico”

**ANEXO II** - Mini-Cog Test

**ANEXO III** – Parecer da Comissão Ética para a Saúde da ARSLVT

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Estudo de Caso

**APÊNDICE II** – Projeto de intervenção

**APÊNDICE III** – *Scoping Review*

**APÊNDICE IV** - Cronograma de atividades ajustado ao parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLV

**APÊNDICE V** - Protocolo de Investigação à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

**APÊNDICE VI** – Resultados do questionário estilo de vida “FANTÁSTICO” primeira avaliação segundo o modelo de Neuman

**APÊNDICE VII** – Plano de cuidados de enfermagem

**APÊNDICE VIII** – Modelo de Sistemas Neuman adaptados às famílias

**APÊNDICE IX** - Plano de atividades ajustado

**APÊNDICE X** - Planeamento das sessões de educação para a saúde e respetivos questionários de: avaliação dos conteúdos adquiridos e da avaliação da formação

**APÊNDICE XI** - Sessões de educação para a saúde em *Powerpoint*

**APÊNDICE XII** – Posters

**APÊNDICE XIII** – Resultados do questionário estilo de vida “FANTÁSTICO” primeira e segunda avaliação segundo o modelo de Neuman

**APÊNDICE XIV** – Avaliação da intervenção de acordo com o modelo Betty Neuman

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, a realização de um relatório de estágio, é um elemento de avaliação individual, integrando os conhecimentos, aplicação crítica e reflexão sobre as implicações e responsabilidades na prestação de cuidados.

Este relatório integra o estágio que decorreu numa Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), e outro numa Unidade Saúde Familiar (USF), da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

O presente relatório tem como finalidade contribuir para a explicitação do percurso das referidas unidades de saúde, para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar, e as do grau de mestre intervindo no sistema família.

A intervenção teve como referência o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Na UCSP, foi elaborado um estudo de caso. Na USF foi mobilizado um projeto de intervenção familiar sobre a promoção de estilos de vida saudável do familiar (conjugue) da pessoa com diabetes tipo II, pela importância da mesma como fonte de influência na promoção de comportamentos de estilos de vida saudável.

Foi tido em consideração o Plano Local de Saúde (PLS) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Estuário do Tejo, para estabelecer as necessidades e consequentemente diagnósticos de enfermagem familiar conforme a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE).

Foi usada a metodologia de processo de enfermagem, onde foram definidos à priori objetivos específicos e as respetivas atividades para o contexto de estágio.

As intervenções foram fundamentadas na melhor evidência científica, através de uma *Scoping Review*, a partir da questão “Quais as intervenções de enfermagem na promoção de estilos de vida saudável à família da pessoa com diabetes tipo II?”.

Este foi o ponto de partida para um estudo transversal descritivo, para visar a intervenção do enfermeiro na capacitação do conjugue da pessoa com diabetes tipo II para estilos de vida saudável.

Segundo a DGS (2018) está comprovado que os estilos de vida influenciam o estado de saúde das pessoas. Podem ser um fator promotor de saúde ou, pelo contrário, contribuir para o aparecimento de doenças. O desenvolvimento e implementação de programas e ações que incentivem, por exemplo, a atividade física, a alimentação equilibrada, são

importantes para a adoção de um estilo de vida saudável e para a promoção da saúde e do bem-estar.

Assim importa desenvolver projetos que promovam os estilos de vida saudável que influenciem favoravelmente a saúde do familiar próximo da pessoa idosa com diabetes Tipo II com foco no subsistema conjugal (conjugue com quem co habita) que integre no seu quotidiano hábitos saudáveis, por via do *empowerment* que Cabete (2021) define como o processo que orienta as pessoas para a conquista e a compreensão de que conseguem possuir controlo sobre a sua situação, a estabelecer o seu projeto de saúde, assim como a integração de ações com o objetivo de capacitá-la (s) e habilitá-la (s) e conduzi-la (s) a obter esse mesmo controle.

Pereira (2017), evidencia a importância da enfermagem em capacitar as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, num processo contínuo e numa relação de confiança.

A escolha da temática emerge do meu interesse pessoal e profissional e por tratar-se de um tema altamente relevante, atual e necessário na prática diária de cuidados, a qual com aplicabilidade no contexto de estágio e de atuação do enfermeiro especialista em saúde familiar.

Foram determinadas palavras-chave conforme os descritores em saúde: enfermagem, estilos de vida saudável, comunidade, família e diabetes tipo II.

Este documento encontra-se estruturado em quatro partes. No primeiro é feita uma breve caracterização dos contextos clínicos, e o percurso de desenvolvimento de competências e referência aos modelos teóricos utilizados.

No segundo capítulo consta, a concetualização teórica da temática, a *scoping review* metodologia do processo de enfermagem e o tipo de estudo utilizado.

No terceiro capítulo, uma reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista e de mestre. No final constam as considerações finais.

Os anexos e os apêndices do relatório, que incluem o trabalho realizado ao longo deste percurso, encontram-se num documento separado.

Este trabalho teve em conta o acordo ortográfico e a 7ª edição da norma APA (*American Psychological Association*), para a realização de trabalhos académicos na ESEL.

# 1 - CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Durante a minha jornada académica, com a finalidade de obtenção do título de mestre e da especialidade em enfermagem de saúde familiar, fiz um estágio profissional composto por dois módulos distintos: estágio e estágio com relatório, que decorreram numa Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) e numa Unidade Saúde familiar (USF). Segue breve caracterização de cada um.

## 1.1 – Caracterização da UCSP

A UCSP, correspondia a um agrupamento de centros de saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, atualmente faz parte da Unidade Local Saúde (ULS) Estuário do Tejo, que integrou o hospital. Dos referidos modelos organizativos as ULS sobressaem como estabelecimentos de saúde aos quais compete assegurar a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares. A formação de novas ULS, integram os hospitais e centros hospitalares atuais com os ACES, desenvolvendo o modelo de organização e funcionamento em ULS. Esta alteração propõe a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde (Lei n.º 102/2023, de 7 de Novembro).

A UCSP tem como missão garantir a promoção da saúde e a prestação de cuidados de saúde à população da área de abrangência, com qualidade e eficiência. Detém como visão ser uma instituição prestadora de cuidados de saúde de qualidade, desenvolvendo uma cultura organizacional de responsabilidade, compromisso e transparência de forma a melhorar a resposta às necessidades da população, adequando os recursos disponíveis às necessidades.

Presta cuidados a 10. 021 utentes, distribuído pelos grupos etários: ≤ 6 anos 976,50; 07 - 64 anos 7.090,00; 65 - 74 anos 2.974,00; ≥ 75 anos 1.982,50, sendo as unidades ponderadas 13,023,00 (SNS, 2024).

O espaço físico é constituído por dois pisos, que são divididos no mesmo edifício com a Unidade Saúde Pública. Tem três salas de tratamentos, um gabinete de saúde infantil de enfermagem e um médico. Um gabinete de planeamento familiar de enfermagem e um médico. Vários gabinetes médicos, e dois de enfermagem, três salas de espera e casas de banho para os utentes e para os profissionais.

A equipa é constituída por cinco enfermeiras (uma enfermeira especialista em saúde comunitária, uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, e três enfermeiras

generalistas), um médico, quatro secretários clínicos e duas assistentes operacionais. Funciona de segunda a sexta-feira entre as 08 horas e as 18 horas, e fecha aos sábados, domingos e feriados.

## 1.2 – Caracterização da USF

A USF pertence a um agrupamento de centros de saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, fazendo atualmente parte da ULS Estuário do Tejo.

Trata-se de uma unidade modelo A, tem como missão: prestar cuidados de saúde primários personalizados, garantindo a acessibilidade, qualidade e continuidade de cuidados aos utentes inscritos na área de abrangência, promovendo a literacia, a participação e a autonomia do cidadão; promover e participar no ensino pré e pós-graduado, na formação dos colaboradores e no desenvolvimento de linhas de investigação clínica.

Possui como visão o estabelecimento de uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características e necessidades da população, num sentido de proximidade à família e à pessoa, sustentável, baseada evidência e no espírito empreendedor dos profissionais que a integram. Assume como valores: solidariedade; equidade, qualidade, responsabilidade social, ética, respeito, inovação, compromisso e transparência.

Tem como projeto de melhoria contínua a implementar, a consulta de cessação tabágica.

Presta cuidados a 11 507 utentes, distribuído pelos grupos etários: ≤ 6 anos 1.009,50; 07 - 64 anos 7.896,00; 65 - 74 anos 2.830,00; ≥ 75 anos 3.807,50, tendo como unidades ponderadas 15,543,00 (SNS, 2024).

O espaço físico é constituído por três pisos, partilhado no mesmo edifício com outras unidades, nomeadamente, a Unidade Cuidados Saúde Personalizados (assegurada pela equipa de enfermagem da USF nas horas extraordinárias), a Unidade Saúde Pública e Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP). É constituída por dez gabinetes médicos e dez gabinetes de enfermagem, dois gabinetes de planeamento familiar, um “cantinho de aleitamento materno”, três salas de tratamentos, uma sala de vacinação, dois gabinetes de planeamento familiar, quatro balcões e um gabinete de secretários clínicos, quatro salas de espera, casas de banho para os profissionais de saúde e para os utentes,

A equipa da USF é constituída por seis médicos, nove enfermeiras (uma enfermeira especialista em saúde comunitária, uma enfermeira especialista em saúde infantil e juvenil, e sete enfermeiras generalistas), seis secretários clínicos e duas assistentes operacionais. A USF funciona de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira entre as 08 horas e as 20 horas, e fecha aos sábados, domingos e feriados.

A equipa de saúde familiar é composta por um médico, uma enfermeira e uma secretária clínica o que possibilita um seguimento e uma continuidade de cuidados fulcral dos seus utentes ao longo do seu ciclo de vida. Consequentemente, possibilita-se a criação e o desenvolvimento de uma relação terapêutica e empática positiva e um conhecimento mais aprofundado da realidade familiar e social da mesma.

No que diz respeito às consultas, é relevante destacar que certas consultas são conduzidas simultaneamente no mesmo consultório e horário pelo médico e enfermeiro de família, especificamente as consultas de saúde infantil e juvenil, e as consultas de planeamento familiar. Em relação ao espaço físico, merece destaque que cada médico e enfermeiro, têm um gabinete próprio destinado às consultas de medicina geral e familiar e às consultas de enfermagem familiar, respetivamente.

### 1.3 – Referenciais Teóricos

Pela complexidade dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem familiar desempenha, atua numa abordagem sistémica, aos diferentes níveis de prevenção. Desta forma é necessário que as intervenções do enfermeiro sejam organizadas numa base de parceria com o indivíduo, família e comunidade. É crucial a utilização de referenciais teóricos que sustentem a prática. Mobilizei dois modelos, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e o modelo de sistema Betty Neuman. Assim para o estudo de caso de uma família desenvolvido na UCSP utilizei o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Apêndice I) e para o projeto de intervenção de enfermagem em saúde familiar, usei o modelo de sistema Betty Neuman.

#### 1.3.1 - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), permite um conhecimento aprofundado do sistema família, permitindo o desempenho de intervenções com a finalidade de fortalecer a família. Centra-se num olhar sistémico sobre a família em três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional.

De acordo com Figueiredo (2012) o Modelo MDAIF constitui um guião para avaliação e intervenção na família. A dimensão estrutural integra a estrutura da família, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas, a família extensa e os sistemas amplos e o contexto ambiental. A dimensão desenvolvimento procura compreender o estadió do ciclo vital da família e a determinação dos seus processos de evolução transaccional. Descreve os acontecimentos de forma a identificar os cuidados antecipatórios de eventos que motivam mudanças e necessitam de reorganização de papéis e regras familiares. A dimensão funcional, representa o modo como os elementos da família interagem. O funcionamento

instrumental inteira as atividades quotidianas da família. O funcionamento expressivo refere-se às interações entre os membros da família, identificando necessidades nestas áreas.

### 1.3.2 - Modelo de Sistema Betty Neuman

Betty Neuman é uma enfermeira e teórica de enfermagem, conhecida por desenvolver o Modelo de Sistemas Neuman.

Para Neuman, a *“família consiste num grupo de duas ou mais pessoas que criam e mantém uma cultura comum e cujo objetivo central é a continuidade”* (Neuman, 1983, p. 241).

O modelo é fundamentado na teoria dos sistemas, considerando o indivíduo como parte de um sistema maior. Os indivíduos integram um sistema total, compostas por partes inter-relacionadas. (Neuman, 1982).

Neuman introduziu o conceito de linhas de defesa e linhas de resistência para explicar a resposta ao stress. As linhas de defesa e resistência formam a fronteira flexível que protege e mantém a estabilidade do sistema. (Neuman, 1982).

O modelo enfatiza a prevenção e promoção da saúde, visando manter a estabilidade do sistema. O objetivo da enfermagem é manter a estabilidade do sistema através da prevenção de desvios do equilíbrio. (Neuman, 1982).

O ambiente é visto como um fator crítico que influencia o bem-estar do indivíduo. As variáveis ambientais incluem todos os fatores que constituem o contexto no qual os seres vivos existem. (Neuman, 1982).

O modelo adota uma abordagem holística, considerando os aspetos físicos, psicológicos, sociais, culturais, desenvolvimento e espirituais de saúde. A enfermagem abraça uma abordagem holística para a compreensão da saúde e do bem-estar. (Neuman, 1982).

Segundo Rodrigues (2021) a essencial ação dos profissionais de saúde é intervir nos diversos níveis de prevenção. Na prevenção primária o objetivo é diminuir a oportunidade de encontro com os stressores e fortalecer a linha de defesa (Aylward, 2010), como por exemplo, promoção de estilos de vida saudável. Na prevenção secundária o objetivo é a determinação precoce das situações e tratamento de sintomas (Aylward, 2010), é um exemplo disso, o programa nacional para a diabetes. A prevenção terciária tem como objetivo o reajustamento/reeducação, na prevenção de novos acontecimentos e procura a permanência da estabilidade (Aylward, 2010), são as intervenções que previnem novas resistências aos stressores de forma a garantir o equilíbrio atingido.

O modelo de Neuman é altamente eficaz para analisar e reconhecer elementos stressores dentro da família, possibilitando a criação de intervenções familiares a partir de uma perspectiva detalhada e minuciosa da família, pelo que foi norteador do projeto de

intervenção para capacitar a família da pessoa idosa com diabetes tipo II para estilos de vida saudável, nomeadamente ao nível do subsistema conjugal.

É responsabilidade do enfermeiro atender às necessidades específicas e à singularidade do idoso neste contexto. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman representa dois elementos fundamentais: o stress e a resposta da pessoa ao stress.

Neste modelo de sistemas, o indivíduo é um sistema aberto e dinâmico, nos círculos concêntricos, as cinco variáveis, fisiológica, desenvolvimento, psicológica, sociocultural e espiritual, organizam-se em linhas para estabelecer o sistema. As linhas de defesa flexíveis, normal, de resistência e estrutura básica compõem o sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

A linha flexível de defesa (LFD) pode ser rapidamente modificada num período relativamente curto, sendo suscetível a influências de emergências, (como a má nutrição ou a desidratação). A linha normal de defesa (LND) representa o cliente no seu estado habitual de bem-estar. O enfermeiro deve estabelecer o nível típico de bem-estar do cliente para identificar qualquer alteração. Cada linha de resistência engloba fatores tanto internos quanto externos, conhecidos e desconhecidos, que sustentam as necessidades fundamentais da estrutura do cliente e de sua LND, assegurando a proteção e integridade do sistema (Aylward, 2010)

Com base na posição ocupada pelos stressores, as linhas de defesa desempenham um papel protetor ou amortecedor. As linhas de resistência (LR) situam-se entre a linha normal de defesa e a estrutura básica, o core, contendo recursos internos e externos destinados a preservar a integridade do indivíduo. Quando essas linhas são eficazes a estabilidade é restabelecida e os sintomas decorrentes da exposição aos stressores são revertidos (Lowry & Aylward, 2015).

O core é o conjugue da pessoa idosa com diabetes tipo II, cuja avaliação foi conduzida em alinhamento com as cinco variáveis integrantes do modelo (fisiológica, desenvolvimento, psicológica, sociocultural e espiritual) e das linhas que o envolveu: LR, LND e LFD.

Entre os fatores extrapessoais poderão existir fatores ambientais, como vulnerabilidade por parte dos idosos à publicidade de produtos contendo excesso de gorduras e açúcar e políticas de saúde.

Ao planear os cuidados de enfermagem em conformidade com o modelo, o enfermeiro identifica a natureza dos stressores e seus efeitos reais e potenciais. Identificaram-se os stressores negativos, os diagnósticos de enfermagem e recorreu-se à educação para a saúde. O comprometimento na padrão alimentar, padrão do exercício e sono; excesso de peso e obesidade, constituíram os stressores intrapessoais que mais se evidenciaram.

Em parceria com o conjugue, foi estabelecido um plano de cuidados de enfermagem adaptado às necessidades, utilizando a terminologia CIPE®, incluindo a codificação

correspondente para focos, diagnósticos, intervenções, atividades de diagnóstico e avaliação, bem como para os resultados de enfermagem.

#### 1.4 – Percurso das competências especializadas e de mestre na UCSP e na USF

A unidade Curricular Estágio decorreu no 1º ano, 2º semestre, de 8 de maio a 14 de julho de 2023, num total de 405 horas de trabalho e 280 horas de contacto (HC) sendo que no ano letivo 2022/2023 totalizaram 264 HC com a seguinte distribuição: estágio (E) 244 horas, orientação tutorial (OT) 10 horas, seminário (S) 10 horas, de acordo com o Despacho n.º 744/2022 (Plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESEL).

O Estágio ocorreu numa unidade do ACES, Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) de 8 de maio a 2 de junho e na Unidade Saúde Familiar (USF) de 5 de Junho a 14 de Julho de 2023, que possibilitaram prestar cuidados de enfermagem às famílias como unidade de cuidados, em cooperação com a equipa interdisciplinar e interprofissional.

No contexto onde decorreram os estágios, prestei cuidados de enfermagem a famílias ao longo do ciclo vital, nas suas diferentes transições e aos vários níveis de prevenção.

O estágio exigiu que desenvolvesse as competências do grau de mestre conforme o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar relatadas no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho e as competências comuns do enfermeiro especialista integradas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro.

Desenvolvi determinadas competências clínicas que possibilitaram prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, orientando situações particularmente complexas em colaboração com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar.

As atividades foram conduzidas sob orientação tutorial (OT) da orientadora pedagógica, em estreita colaboração com os enfermeiros especialistas nos contextos clínicos específicos dos estágios. O propósito foi otimizar a minha aprendizagem e concretizar o projeto de intervenção de enfermagem a famílias em situações complexas.

Alicei a prática clínica em quadros de referência de enfermagem e enfermagem de família, nomeadamente o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), e o modelo de sistemas de Betty Neuman (Neuman&Fawcett, 2011) garantindo a qualidade e a continuidade dos cuidados de enfermagem.

No estágio na UCSP, além de prestar cuidados de enfermagem às famílias, escolhi um sistema familiar a vivenciar situações complexas para desenvolver um estudo de caso. Selecionei o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), que considerei

pertinente, tendo em conta o contexto e a situação escolhida, e elaborei um plano de cuidados detalhando as intervenções e avaliações planeadas. Apêndice I

Seguiu-se o estágio na USF que visou orientar no desenvolvimento do projeto de intervenção em enfermagem de saúde familiar. Ao elaborar o projeto, tive em apreciação os objetivos individuais de aprendizagem, os interesses da Unidade de Saúde Familiar (USF) na qual o estágio decorreu, assim como o desígnio de incrementar um perfil de competências.

Os objetivos neste período na USF foram:

- Cuidar da família como uma unidade de cuidados e de cada um de seus membros ao longo do ciclo de vida e aos vários níveis de prevenção. Estabelecer um ambiente seguro, promovendo o diálogo com a família numa interação colaborativa atendendo às suas necessidades e alcance dos resultados desejados;
- Participar nos processos de intervenção de enfermagem de saúde familiar, em coordenação com a equipa interdisciplinar e interprofissional;
- Gerir os recursos comunitários necessários para prestar cuidados à família;
- Aplicar conhecimentos científicos, técnicos e éticos na prática, baseada na evidência;
- Utilizar sistemas de informação e tecnologias disponíveis para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados;
- Elaborar um projeto de intervenção de enfermagem direcionado a famílias em situações complexas, abarcando as fases do ciclo de vida, as suas transições e os diferentes níveis de prevenção.

Continuei o projeto de intervenção segundo o modelo de Betty Neuman.

Na USF, a realização da UC Estágio com Relatório decorreu no 2º ano 1º semestre com início a 25 de setembro de 2023 e término a 8 de março de 2024. O total de horas de estágio na USF, foi de 810 horas, segundo o Despacho n.º 744/2022 (Plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESEL).

A execução do estágio proporcionou concretizar o projeto que foi planeado antecipadamente durante o segundo semestre do primeiro ano do curso, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio

A Unidade Curricular Estágio com Relatório teve como objetivos:

- Prestar cuidados às famílias como uma unidade de cuidados, atendendo a cada um de seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Estabelecer indicadores para avaliar a qualidade dos cuidados prestados às famílias;

- Liderar os processos de intervenção e de colaboração no âmbito da enfermagem de saúde familiar;
- Incrementar o projeto de intervenção delineado no estágio anterior, visando alcançar melhorias na saúde familiar;
- Criar o processo de desenvolvimento pessoal e sócio profissional;
- Executar o relatório de estágio, destacando, na sua discussão, a aquisição das competências definidas para o detentor do título de enfermeiro especialista, enfermeiro especialista em saúde familiar e do grau de mestre.

Nos estágios mobilizei os conhecimentos obtidos nas unidades curriculares integrando-os com as áreas do tronco comum e, em particular, com as específicas da enfermagem de saúde familiar. Apliquei os modelos e teorias de abordagem ao sistema família. Estes conhecimentos, facilitaram e fundamentaram a base de desenvolvimento em contexto de investigação.

Planeei diversas atividades em cada contexto de estágio, incluindo reunião com a enfermeira orientadora clínica, que envolveu uma visita guiada à unidade, revisão de normas (DGS, do serviço, de procedimentos), sistemas de registo e programas instituídos. Além disso, apresentei-me pessoal e profissionalmente, assim como o plano de estágio, à equipa multidisciplinar.

Este objetivo possibilitou uma integração eficaz no local de estágio e desempenhou um papel fundamental na realização do estudo de investigação. Proporcionou uma compreensão mais aprofundada da estrutura organizacional e funcional dos diversos contextos de estágio, conforme detalhado neste relatório. Durante a integração, fiz parte da equipa de enfermagem, contribuindo para os cuidados de acordo com as normas da instituição, recebendo um feedback muito positivo das orientadoras clínicas.

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de conduzir a consulta de enfermagem, utilizando uma abordagem fundamentada na metodologia científica e no processo de enfermagem. Este processo envolve a colheita de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, além da avaliação dos resultados obtidos. O planeamento é reformulado sempre que necessário. A consulta de enfermagem, por sua vez, fundamenta-se na avaliação realizada e nos diagnósticos de enfermagem, servindo como base para a elaboração e/ou atualização de um plano de intervenção de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

É fundamental compreender que a consulta de enfermagem tem como objetivo a atuação do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de doenças, complicações e/ou incapacidades, ajudando no processo de adaptação e/ou recuperação da saúde do cliente, capacitando-o na gestão do seu processo de saúde. Desta forma, visa otimizar o seu bem-

estar e auto cuidado, com um impacto positivo na sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

As Consultas de enfermagem de família constituem um momento privilegiado no estabelecimento de uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas. Neste sentido, o enfermeiro aborda a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades e concebe um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nos contextos do exercício profissional, nomeadamente na UCSP e na USF, efectuei diversas consultas de enfermagem ao abrigo dos vários programas existentes, nomeadamente Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional para a Diabetes, Programa Nacional de Vacinação.

Realizei uma avaliação abrangente das necessidades de saúde da família, de forma inclusiva, num ambiente seguro e protetor, considerando a história familiar, fatores biopsicossociais, bem como a diversidade sociocultural, para em parceria com a família definir um plano de cuidados personalizado.

Particpei nas consultas de saúde reprodutiva e planeamento familiar, prestando cuidados pré-concepcionais, facultando informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos, aconselhamento sexual, apoio à decisão familiar na definição de metas e expectativas e acompanhamento ao longo do processo. Providenciei contraceptivos às famílias. Colaborei na prevenção e diagnóstico precoce das infeções transmissíveis sexualmente, do cancro do colo do útero e da mama.

Desenvolvi educação para a saúde específica para a família, sobre temas como gestão de doenças crónicas; promoção de estilos de vida saudável; cuidados pré e pós-natal; parentalidade, como prevenir, identificar e saber abordar as doenças comuns nas várias etapas do ciclo vital, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

Acompanhei a família durante a gravidez e o puerpério, oferecendo suporte emocional, orientações sobre: modificações fisiológicas na gravidez; alimentação; rastreios e exames recomendados durante a gravidez; hábitos e estilos de vida saudável; planeamento do parto; aleitamento materno; sinais e sintomas de alarme que devem motivar uma observação não programada nos cuidados de saúde e parentalidade (DGS, 2023).

Realizei consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil nas diferentes faixas etárias, tal como preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Privilegiei a

promoção da parentalidade, a avaliação do desenvolvimento infantil e os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença das famílias.

Colaborei com a família na gestão de doenças crônicas, proporcionando colaboração e orientação sobre medicação, implementação de mudanças no estilo de vida e apoio contínuo para melhorar a qualidade de vida.

Dinamizei a participação ativa das pessoas com diabetes e hipertensão arterial, e famílias nas estratégias de prevenção, autocontrole e educação terapêutica.

Colaborei na prevenção e detecção precoce das complicações, designadamente doença ocular, renal, neuropática e pé diabético das famílias;

Integrei, os estilos de vida saudável nas famílias, em todas as consultas de enfermagem.

Promovi a imunização das famílias, contra as doenças com maior potencialidade de ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação (DGS, 2020) de acordo com o programa nacional de vacinação, contribuindo para a imunidade de grupo e para o aumento das taxas de cobertura vacinal. Participei na campanha de vacinação sazonal contra a gripe e contra a COVID-19.

Entrevi em situações complexas, utilizando estratégias de intervenção no sistema família, proporcionando suporte emocional, forma de resolver conflitos, técnicas motivacionais e prescrição de rituais terapêuticos, e outras que serão esplanadas no ponto 1.4.1, facilitando a comunicação intrafamiliar e articulando com a equipa interdisciplinar e intradisciplinar.

Realizei cuidados continuados em contexto doméstico, na prestação de cuidados de enfermagem à família, monitorização do ambiente, identificação de riscos sociais e de saúde e promoção de práticas seguras e saudáveis, analisando os recursos necessários de acordo com as necessidades da família.

Colaborei com outros profissionais de saúde em equipas interdisciplinares e intradisciplinares, para garantir uma abordagem abrangente e coordenada no cuidado à família, referenciando a família a outros profissionais de saúde.

Participei nas reuniões semanais das equipas interdisciplinares e intradisciplinares, contribuindo com sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde e análise crítica da enfermagem de saúde familiar.

Contribui para o conhecimento da população da UCSP e USF, nomeadamente: risco de desenvolvimento da doença diabetes mediante a análise de fatores de risco, usando a ferramenta validada - FINDRISC® (*Finnish Diabetes Risk Score*); avaliação do risco de ulceração do pé da pessoa com diabetes; risco cardiovascular, índice de massa corporal, atividade física; hábitos tabágicos e álcool.

Apliquei os sistemas de informação e tecnologias disponíveis, utilizando instrumentos de avaliação familiar do Sclinic®, nomeadamente Graffar, ciclo vital Duvall, tipo de família,

risco familiar Garcia-Gonzalez e Segovia Dreyer, assegurando a qualidade e a continuidade dos cuidados.

Na USF, elaborei e implementei um projeto de intervenção que integrou um estudo de investigação, conforme detalhado neste relatório no capítulo 2 e apresentei o respetivo projeto. Apêndice II.

Para atingir esse objetivo, planeei e executei diversas atividades, seguindo as etapas do processo de enfermagem. Como parte do aprofundamento dos meus conhecimentos sobre a temática, realizei uma *revisão scoping*.

Posteriormente, o projeto foi apresentado em *PowerPoint* a toda a equipa da USF. O Feedback foi extremamente positivo, considerando a maior parte dos presentes, um “excelente estudo, interessante e muito pertinente”.

#### 1.4.1 - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde familiar no Sistema Família

A enfermagem de família presta cuidados holísticos ao indivíduo ao longo do ciclo de vida: 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, reconhece a família como unidade de cuidados, fomenta a sua capacitação focalizando-se na família como um todo e nos seus elementos individualmente de acordo com o ciclo vital e as suas transições (Regulamento nº 428/2018, 2018).

As unidades de competências mobilizadas com as famílias foram: o estabelecimento de uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas, estabelecendo um plano de ação com a família, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma (Regulamento nº 428/2018, 2018).

O código deontológico que rege a profissão de enfermagem refere que em todo o ato profissional, o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício da sua profissão e exercer a mesma com os conhecimentos científicos e técnicos tendo a responsabilidade para com a comunidade na promoção da saúde e a resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem (Lei nº1111/2009, de 16 de setembro de 2009). Desta maneira, para desenvolver conhecimento procurei a evidência científica e técnica ao longo do percurso da aprendizagem.

Os cuidados de saúde primários (CSP) são um dos pilares da saúde em Portugal, possibilitam um acompanhamento da família ao longo do ciclo de vida. Tem uma importância significativa na prevenção da doença, deteção precoce de possíveis situações de risco e literacia em saúde da população.

A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a literacia em saúde é a habilidade cognitiva e social de adquirir, compreender e aplicar informações com o objetivo de promover e preservar a saúde (DGS, 2019).

Desta forma, a literacia em saúde requer que o indivíduo possua conhecimento, motivação e habilidades para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde. Isso permite formar opiniões e tomar decisões diárias relacionadas com os cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção de saúde, visando manter ou aprimorar a qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Goes, 2019).

A educação em saúde, contribui para a melhoria das condições gerais de saúde da população, desempenhando um papel fundamental na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde, reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa et al., 2014).

Os ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) reconhecem estratégias que melhorem a saúde e bem-estar para todos, em todas as idades. Desta forma os enfermeiros de família, contribuem entre outros, para o Objetivo 3 Saúde de Qualidade (Nações Unidas, 2019).

No artigo 66º da Constituição da República Portuguesa, Projeto Lei nº 402/VIII de abril 2001 (Lei de Bases da família) a família é reconhecida como um elemento fundamental da sociedade. Representa tanto a primeira proteção como o último suporte para cada indivíduo, sendo o elo inicial e final de ligação entre a pessoa e a comunidade na qual está inserida.

Família, consiste num grupo de dois ou mais indivíduos que se apoiam mutuamente, emocional, física e financeiramente. Os elementos da família são auto definidos (Hanson, 2005).

Família como sistema é caracterizada pela consideração da família como o ponto central da avaliação e intervenção, focando-se na interação entre os seus membros. Nesse contexto, a família é percebida como um sistema interativo, no qual o todo é mais do que a soma das suas partes. O cerne é simultaneamente o indivíduo e a família (Hanson, 2005).

É fundamental ter em consideração a família em que se está inserido, uma vez que ao longo das últimas décadas, houve mudanças significativas na organização e estrutura familiar. O tipo de família, enumera a família conforme a sua composição e os laços existentes entre os seus membros, os quais influenciam diversas funções internas e externas, relacionadas com o seu crescimento e desenvolvimento. As famílias podem ser categorizadas de várias formas, relativamente ao tipo de família: família nuclear, família alargada, família monoparental, família unipessoal, família reconstruída e família institucional. A família nuclear, população objeto do estudo de investigação caracteriza-se por

homem e mulher ou casal do mesmo sexo, com um ou mais filhos biológicos ou adotados podendo ou não, serem legalmente casados (Figueiredo, 2012).

A saúde familiar é um estado em constante evolução, caracterizado por uma fluidez relativa no bem-estar, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais dentro do sistema familiar (Hanson, 2005). Para a mesma autora, o bem-estar de um indivíduo repercute-se em toda a dinâmica familiar, e, inversamente, a função familiar influencia a saúde de cada membro. Portanto, a avaliação da saúde familiar requer a análise simultânea tanto dos membros individuais, quanto do sistema familiar como um todo.

Os estágios da vida familiar são períodos distintos caracterizados por mudanças nos papéis e estatutos familiares. Estes estágios frequentemente são iniciados por eventos significativos, que podem originar-se tanto no interior quanto no exterior do sistema familiar. Na família idosa, população objeto do estudo de investigação, esses eventos podem incluir a transição para uma fase de vida a dois, após a saída de casa dos filhos, a experiência de serem avós, a adaptação à incapacidade física ou cognitiva de um cônjuge ou parente idoso, ou o falecimento de um dos companheiros. Eventos originados fora da família podem estar relacionados com a educação ou a carreira profissional, como a reforma ou o início de uma segunda profissão (Hanson, 2005).

O modelo de desenvolvimento familiar proporciona uma estrutura que permite a avaliação dos pontos fortes e das vulnerabilidades presentes e potenciais na família. O resultado da avaliação pode ser utilizado para elaborar um plano de cuidados que inclua orientação, educação e apoio antecipados (Hanson, 2005).

Estes conteúdos contribuem para as seguintes competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2018): considera a influência das diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual, as crenças culturais e espirituais, os diversos fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.

As questões de pesquisa em enfermagem familiar focalizam-se nos cônjuges que cuidam de indivíduos com doenças crônicas. O foco está em considerar características individuais e outras variáveis, inclusive as incorporadas no papel do membro da família (Hanson, 2005).

De acordo com Figueiredo (2012) a avaliação familiar é fundamental para reconhecer os recursos e pontos fortes da família, bem como as suas necessidades, tendo em conta a sua singularidade. Isso possibilita o planeamento de intervenções específicas, alinhadas com essas necessidades. A identificação colaborativa das necessidades da família e a definição dos diagnósticos são pilares na organização dos cuidados, contextualizando essas necessidades dentro do tempo e do contexto específico da vida familiar.

O enfermeiro avalia o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Após identificar e validar os recursos e necessidades percebidos pela família, torna-se viável estabelecer prioridades, prever resultados prováveis e definir intervenções específicas para alcançar objetivos definidos em conjunto com a família (Figueiredo, 2012).

Ao lidar com os diagnósticos validados pela família, o planejamento das intervenções para promover mudanças, deve considerar principalmente os pontos fortes do sistema familiar, para que a mudança seja vista como possível e para garantir o comprometimento da família com o plano proposto (Figueiredo, 2012).

Como competência, o enfermeiro de família, identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O enfermeiro desempenha um papel crucial ao fomentar o comprometimento da família com os objetivos estabelecidos, com base no processo de negociação para incentivar os membros familiares a criar soluções que impulsionem mudanças (Figueiredo, 2012).

A intervenção familiar baseia-se em princípios fundamentais como neutralidade, circularidade e hipotetização, sendo essenciais no processo de cuidados (Figueiredo, 2012).

Colocar questões é uma arte e na minha intervenção tive sempre isso em consideração. A questão aberta promove uma resposta mais elaborada que pode transmitir expressão de emoções e dos sentimentos, enquanto as circulares são úteis para identificar laços entre as pessoas na família, ideias e crenças (Phaneuf, 2005).

A neutralidade pode ser interpretada como uma postura imparcial e desprovida de juízos. A omissão de juízos inclui palavras de aprovação, como de desaprovação (Figueiredo et al., 2023). Adaptei esta postura, permitindo às famílias expressarem-se livremente. Da mesma forma não emiti julgamentos.

Os julgamentos criam becos sem saída na comunicação, deteriora a aceitação e o respeito que devemos demonstrar e torna a empatia muito difícil (Phaneuf, 2005).

Na minha prática clínica tive em apreciação a intervenção no sistema família.

As questões de intervenção sistêmica permitem a circulação de informações, visando alterar a percepção da situação e, deste modo, fomentar novas soluções para as dificuldades vividas (Figueiredo et al., 2023).

As perguntas lineares concentram-se nas causas e nos problemas, visando identificá-los de maneira linear, sem enfatizar a circulação de informações entre os membros da família. As perguntas estratégicas confrontam a família com os comportamentos dos seus elementos e com as reações que surgem entre estes devido ao problema percebido. Têm uma intenção reparadora através da prescrição de interações. As perguntas reflexivas têm como foco facilitar a promoção de novas perspectivas sobre diferentes formas de interação. Procuram despertar para interações inéditas que emergem de novas narrativas e possibilidades de visualizar novas relações. Estas, por conseguinte, traduzem-se em

comportamentos e interações renovadas (Figueiredo et al., 2023).

Uma hipótese é uma suposição formulada para um raciocínio específico, sem contar com uma confirmação prévia da sua veracidade. A formulação ou enunciação da hipótese representa invariavelmente o ponto inicial para o planeamento da entrevista, fundamentando-se nas informações prévias disponíveis sobre a família (Palazzoliet al., 1980).

A hipótese sistémica deve integrar todos os elementos da família e fornecer informação relacional acerca do todo familiar (Figueiredo et al., 2023).

O uso de questionários sistémicos e técnicas interativas promove a criação de novas perspetivas que normalizam o funcionamento familiar (Figueiredo, 2012).

A importância da família foi destacada por Florence Nightingale, a primeira enfermeira teórica. Nightingale contemplou a família como algo potencialmente positivo e negativo (Nightingale, 1859).

Segundo Hanson (2005), dentro da estrutura da família nuclear, cada posição comporta consigo uma variedade de papéis distintos, como o papel de marido ou esposa, delineados por expectativas específicas sobre as responsabilidades individuais. O papel terapêutico, por sua vez, implica que os parceiros ofereçam suporte mútuo em relação a problemas intra familiares e extra familiares. Isso integra a disposição para partilhar preocupações, a habilidade de escutar os outros, o envolvimento ativo na resolução de problemas e o suporte emocional.

Na minha intervenção integrei o papel terapêutico. Este, abrange oferecer suporte aos membros familiares em práticas que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença. Existe uma maior tendência dos indivíduos envolverem-se em atividades promotoras de saúde, como a prática de atividade física, quando estão acompanhados por alguém importante para eles. Além de dar apoio a cada elemento na procura por cuidados de saúde, os membros da família também têm um papel terapêutico ao auxiliar alguém na tomada de decisão sobre diferentes opções de tratamento (Hanson, 2005).

Na metodologia da prática narrativa coletiva intitulada "A Despensa da Vida", elaborada por Novis e Abdalla (2013), a metáfora usada refere-se à doença como uma "visita inesperada" que atinge a residência da pessoa sem aviso prévio. Através dessa abordagem, o objetivo é resgatar a autoria das pessoas que se percebem reféns de problemas graves de saúde. Estas intervenções, intrinsecamente metafóricas, representam excelentes oportunidades para que as pessoas expressem as suas competências e desenvolvam narrativas mais enriquecedoras.

Zatloukal et al. (2019) afirmam que, em relação à metáfora, é crucial manter o foco nos aspetos que os membros da família percebem como agradáveis, que trazem alegria às suas

vidas, que são importantes para eles e em que são proficientes - os chamados fatores protetores. Podemos inferir que as atividades que os membros das famílias apreciam representam recursos que, por alguma razão, a família pode não estar a utilizar de forma eficaz.

As experiências passadas vivenciadas pela família também podem servir como recursos para o profissional adaptar uma metáfora. Nesse contexto, assim como ao longo da vida adquirimos habilidades como gatinhar, andar e ler, que agora consideramos garantidas, mas que em algum momento foram desafiadoras e estranhas, mas a aquisição dessas habilidades envolve processos complexos. Estes exemplos também podem ser empregados como metáforas pelo profissional. Outra alternativa é solicitar que cada membro, ou um deles, escolha um objeto ou outro recurso disponível (como uma imagem ou um excerto poético) e, em seguida, construa uma metáfora com base nesse objeto escolhido, explorando-a mais profundamente (Zatloukal et al., 2019).

Usei metáforas para identificar conflitos familiares na definição de problemas. Uma metáfora utilizada por um casal na minha prática clínica e que permitiu a identificação do conflito foi uma esposa que referiu “o amor é cego”, tendo como hipótese sistémica que a mesma expressou a ideia de que, quando se está apaixonado, tende-se a ignorar os defeitos ou falhas do companheiro. Por outras palavras, sugeri que as emoções envolvidas no amor podem obscurecer a capacidade de compreender objetivamente ou de avaliar de maneira crítica o comportamento ou as características do marido. Segui os princípios da entrevista circular sistémica, designadamente os princípios da neutralidade, e as questões elaboradas para ambos os membros do casal, e uma técnica específica que são os rituais terapêuticos. O que poderiam fazer em conjunto? Ambos responderam que gostariam de passar mais tempos juntos. O que gostariam de planear? Em que horário e onde? As perguntas foram realizadas com a finalidade de fomentar a partilha e reflexão sobre pontos de vista e rotas a prosseguir, conforme as forças e recurso da família.

Durante a entrevista com cada indivíduo, direcionei questões à família para trazer o foco para a situação: Alguém na família enfrenta esse problema? Desta maneira, explora a história familiar. O que os outros membros da família pensam sobre a causa ou tratamento do problema? Isto revela as crenças familiares sobre saúde. Quem na família está mais preocupado? Ajuda a entender o contexto relacional da preocupação. Houve mudanças familiares recentes relacionadas com a doença/sintomas? Isto aborda o stress e alterações familiares. Como a família pode ajudar a lidar com o problema? Destaca o apoio familiar (Wright & Leahey, 2018).

Desta forma e de acordo com a Ordem dos enfermeiros (2018), o enfermeiro desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar.

Explorei as crenças familiares, questionando sobre a explicação ou teoria que estão na base da existência do problema. É relevante averiguar se o cliente e a sua família sentem ter algum controle sobre a situação. Abordei isso de maneira direta com perguntas que incentivem explicações, por exemplo: acha que tem algum controle sobre o problema? Ou, (olhando para um dos conjugues em que ambos estão presentes na consulta de enfermagem de diabetes), qual a questão para a qual gostaria de ter uma resposta (Wright & Leahey, 2018). Obtive respostas como por exemplo: gostaria que o meu marido fizesse mais atividade física e cumprisse a sua dieta e estivesse mais tempo com a família. Como conseguiremos que o meu conjugue mude o estilo de vida?

É fundamental que o enfermeiro especialista em saúde familiar reconheça as crenças e a cultura da família para compreender como estas influenciam a saúde em situações e decisões futuras (Ordem Enfermeiros, 2018).

Uma abordagem alternativa envolveu incentivar os clientes a usarem a imaginação para discutir um problema, propondo diversas explicações alternativas, por meio de perguntas que exploram diferentes perspectivas, como: O que acha da explicação do seu marido sobre faltar às consultas de diabetes? Durante a exploração das explicações já existentes, é fundamental que o entrevistador mantenha curiosidade e evite expressar concordância ou discordância com qualquer explicação (Wright & Leahey, 2018).

Questionei quais os pensamentos, intuições e teorias do cliente sobre o problema e possíveis soluções, incentivando uma reflexão mais profunda, evitando alianças.

O enfermeiro de família, avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente (Ordem de enfermeiros, 2018).

Ao trabalhar com famílias com doenças crônicas, investiguei as diferenças de antes e depois de eventos significativos. Por exemplo: Preocupa-se mais, menos ou igualmente com a saúde do seu cônjuge desde o diagnóstico de diabetes tipo II?

Além de analisar como a família via o problema no passado, é extremamente útil explorar como esta percebe as mudanças no presente. É fundamental encorajar a família a emergir de uma visão saturada dos problemas em relação à situação. Por exemplo, esse comportamento recente do seu cônjuge é o tipo de mudança que vocês gostariam que continuasse? Envolve observar exceções aos problemas (Wright & Leahey, 2018).

A terapia breve orientada para soluções, parte da premissa de que as pessoas possuem conhecimentos e recursos que podem contribuir para alcançar o futuro desejado. Três

mecanismos essenciais orientam este processo: questionar os clientes sobre as mudanças pretendidas nas suas vidas, indagar sobre o que seria diferente e explorar exceções aos problemas, que se tornam caminhos em direção às soluções (Finlayson et al., 2019).

Ao direcionar o foco para o futuro e entender como a família deseja que as coisas aconteçam, o enfermeiro promove a esperança de uma interação mais adaptativa diante das preocupações apresentadas. Concordaria que seria benéfico para sua saúde se praticasse atividade física? (Wright & Leahey, 2018).

A chamada "questão milagrosa" destaca-se como uma intervenção característica da terapia breve orientada para soluções, visando orientar o cliente a refletir sobre as transformações que ocorreriam na sua rotina caso o problema deixasse de existir (Finlayson et al., 2019).

Na prática clínica, é considerada uma abordagem valiosa fazer a "pergunta milagrosa", que se formula da seguinte maneira: suponha que acontece um milagre e o problema desaparece. Como saberia que isso aconteceu? O que seria diferente? O que o seu cônjuge notaria?'

A pergunta milagrosa desencadeia informações adicionais e valiosas. Solicita à pessoa que imagine não só suas próprias ideias, mas também as percepções de outra pessoa. A estrutura da pergunta milagrosa permite que os membros da família se distanciem das explicações causais habituais. Não precisam, necessariamente imaginar que se livraram do problema, mas sim focar-se nos resultados desejados. Por exemplo "é fácil, sou capaz de dizer não aos doces" ou a minha esposa poderá ver-me fazer mais atividade física e dormir melhor".

Na terapia de casal, segundo os princípios deste modelo, os casais são encorajados a realizar atividades gratificantes que tenham experimentado em momentos positivos. Além disso, procura-se extrair exceções dos conflitos entre os parceiros. Quando isso não é viável, incentiva-se a identificação de ações que, no passado, contribuíram para a satisfação conjugal, de modo que tais comportamentos possam ser reintegrados no presente (Davarniya et al., 2018).

Exemplos de questões que se podem colocar são: costumavam realizar atividades juntos como casal? Teriam interesse em retomar essa atividade ou explorar outras opções? Na vossa perspetiva, acreditam ser viável retomar essa atividade neste momento?

O objetivo da abordagem da terapia narrativa é auxiliar o indivíduo a explorar perspetivas mais amplas e enriquecedoras sobre a sua história pessoal, possibilitando a reescrita da sua narrativa através da incorporação de histórias alternativas (Paschoal & Grandesso, 2014). O objetivo é livrar o indivíduo das histórias restritivas que predominavam (Lion, 2017).

A técnica do conto sistêmico emerge como uma abordagem de intervenção que oferece aos membros da família a oportunidade de se refletirem ao serem transportados para uma narrativa imaginária, que, na sua essência, representa a própria família. Nesse contexto, o enfermeiro é responsável por introduzir o conto sistêmico, iniciando-o da mesma maneira que todos os contos, com as palavras "era uma vez." Em seguida, desenvolve-se uma história metafórica com base no material trazido pela família, selecionando informações relevantes do paradigma predominante na família e da ressonância emocional do profissional (Figueiredo et al., 2023).

A conotação positiva consiste em reinterpretar os problemas reconhecidos pelo sistema, atribuindo-lhes uma função protetora. Por outras palavras, o que é percebido como um problema pode ser dado a entender pelo enfermeiro como algo que oferece benefícios a certos elementos do sistema, contribuindo para a preservação da harmonia em toda a dinâmica familiar, mantendo o funcionamento da família. Para que as famílias continuem envolvidas no processo terapêutico são prescritos os rituais terapêuticos (Figueiredo, 2022).

Os rituais terapêuticos são abordagens terapêuticas que propõe a incorporação de rituais familiares, ou seja, uma ação ou sequência de ações que envolvem a participação de todos os membros da família. A prescrição de um ritual visa estabelecer novas normas (um novo jogo familiar) que, de maneira sutil, substituam as regras anteriores. É importante ressaltar que todas as famílias possuem rituais na sua rotina, que se manifestam implicitamente ou explicitamente e desempenham um papel crucial no seu funcionamento, fortalecendo o senso de pertença e, por conseguinte, a coesão familiar. (Figueiredo et al., 2023).

Nesse sentido, sugeri um ritual específico, como por exemplo, que o casal reserve um dia da semana para jantar fora.

Num exemplo da prática clínica, uma utente que enfrentou um desafio na sua vida dia, foi sujeita a uma amputação do membro inferior. No entanto, a sua jornada não foi marcada apenas pela perda, mas também por uma notável resiliência e determinação.

Reconhecendo a importância de intervenções no sistema família, foram prescritos rituais terapêuticos envolvendo pintura e artes plásticas, identificados como uma paixão da mesma.

A utente aderiu às prescrições terapêuticas, descobrindo um mundo de expressão através da arte. Começou a criar obras que refletiam a sua superação e aceitação. As obras de arte tornaram-se um meio para compartilhar as suas emoções, transmitir esperança e inspirar outros, nomeadamente o marido.

Em pouco tempo, prescrição de rituais terapêuticos pela terapia artística tornou-se numa parte integrante do processo de recuperação física, mas também desempenhou um papel vital no seu crescimento emocional e autoaceitação.

Para elaborar estratégias que concretizem as intervenções, são consideradas questões

sistêmicas. As questões de escala surgem como uma ferramenta para avaliar a situação familiar e seu progresso de maneira tangível, motiva os elementos da família a visualizar os esforços necessários para conseguir pequenas mudanças (Rodriguez-Morejón & Beyebach, 1997).

No que diz respeito à utilização de escalas, estas possibilitam a avaliação de diversos aspectos, incluindo a gravidade do problema, o otimismo em relação à mudança, o progresso desde a última consulta, a satisfação e a projeção dos esforços necessários para alcançar melhorias graduais. Normalmente, as escalas variam de um a dez pontos, onde dez representam a situação ideal e um, a situação menos favorável. Cada pontuação atribuída pelo indivíduo fornece informações significativas durante a consulta. Nesse contexto, é crucial que o profissional formule questões adicionais para compreender as razões por trás de uma pontuação, como, por exemplo, porquê um 5 e não um 4. Explorar o que seria necessário para elevar a pontuação de 5 para 6. Esse processo incentiva os membros da família a dar passos pequenos em direção a um aumento na escala, conforme sugerido por Moraga (2014) e Fernandes (2020).

Exemplos de questões de escala (Figueiredo, 2022): numa escala de 1 a 10, em que 1 significa que não se sente capaz de lidar com a situação e 10 significa que consegue perfeitamente, como se sente em relação a realizar atividade física? (Se a resposta anterior foi superior a 5), o que é importante continuar a fazer para que continue no nº X? Se a resposta foi inferior a 5, efetuei a seguinte questão, o que é importante para si que aconteça de maneira a estar no número V. O que é necessário para passar para um 7? Então posso concluir que acha importante vigiar a sua saúde nomeadamente ao cumprir as consultas de vigilância na unidade? Poderei concluir que acha fundamental ter uma alimentação equilibrada e ter um sono de qualidade? Que comportamentos acha que vai precisar de alterar? Sendo assim concorda que poderá ajudar o seu conjugue com diabetes tipo II?

As questões estratégicas são formuladas com o intuito de influenciar de maneira específica os participantes do sistema familiar. Isto pode ser realizado ao apresentar alternativas que têm consequências diretas nos padrões de comportamento e crenças. Questões estas frequentemente introduzidas através de suposições ou hipóteses (Barbosa, 1996), São exemplo de questões estratégicas: porque não conversa com o seu conjugue sobre as suas preocupações? O que aconteceria se na próxima semana, sugerisse fazerem uma caminhada?

De acordo com Figueiredo (2022), as respetivas questões são eficazes para desfazer padrões repetitivos de problemas e comportamentos, oferecendo uma abordagem subtil, sem depender de declarações explícitas. São exemplos de questões que utilizei, o que aconteceria se esta semana retomassem as caminhadas de sábado de manhã? Parece-vos

importante retomar as refeições equilibradas em conjunto?

Contar a história ou fazer a narrativa da doença pode ser útil para a cura emocional, física ou espiritual, uma vez que o problema foi compreendido, escutado, reconhecido e testemunhado (Wright & Leahey 2018). Desta forma, o enfermeiro de família desenvolve com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar (Ordem dos enfermeiros, 2018).

A entrevista motivacional é uma abordagem direcional, centrada no cliente, destinada a potencializar a motivação intrínseca, com o propósito de promover a mudança através da exploração e resolução de ambivalências (Rubak, et al., 2005).

As estratégias da entrevista motivacional são mais voltadas para a persuasão do que para a coerção, priorizando o apoio em vez de argumentação. O principal objetivo é aumentar a motivação interna do cliente, facilitando a efetivação da mudança. Conforme apontado por Rubak e colaboradores (2005), as características fundamentais da entrevista motivacional incluem:

- A motivação para a mudança é instigada pelo cliente e não imposta externamente;
- Procura provocar, esclarecer e resolver ambivalências, identificando os benefícios e custos associados à mudança;

Utilizei técnicas essenciais na entrevista motivacional integrando o uso de perguntas abertas e fechadas, afirmações, escuta reflexiva e resumos. Estratégias como a revisão de um dia típico, reflexão sobre o passado, identificação de aspetos positivos e negativos, discussão das etapas de mudança, avaliação do feedback, exploração de valores, projeção para o futuro, análise da importância e confiança, e planeamento de mudanças, são usualmente utilizadas (Miller & Rollnick, 2002).

A entrevista motivacional encontra ampla aplicação na autogestão de doenças, incluindo o abuso de álcool, cessação tabágica, perda de peso, adesão ao tratamento e aumento da atividade física. Diversos profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos e médicos, utilizam-na frequentemente (Miller & Rollnick, 2002; Rubak et al., 2005).

Fundamentei a minha intervenção de acordo com as autoras Wright & Leahey (2018), para acautelar **três erros** comuns em enfermagem de família, sendo essencial:

1. **Falhar em criar um contexto para a mudança:** demonstrar interesse, preocupação e respeito por cada membro da família, validar as experiências individuais de cada um;
2. **Tomar partido:** manter a curiosidade, interesse em ouvir a história de cada pessoa, fazer perguntas que incentivem a exploração de diferentes perspetivas dentro de um padrão interacional circular; evitar conversas paralelas com um elemento da família, falando do outro;

**3. Oferecer muitos conselhos prematuramente:** recomendar ou aconselhar somente após uma avaliação completa e total compreensão das preocupações da família.

Um exemplo clínico encontrado nas consultas de enfermagem, em que o conjugue acompanha a pessoa com diabetes à consulta de enfermagem inclui as famílias e os hábitos alimentares. Em particular o conjugue descreve como fica frustrado com os hábitos alimentares do outro. Contudo, ao conhecer o ponto de vista da pessoa com diabetes tipo II, existe um conhecimento completamente diferente sobre como realmente este se alimenta. Se a enfermeira tomar partido por um dos elementos, corre o risco de alienar o outro, perdendo a oportunidade de colaborar efetivamente com a família. É uma armadilha comum, especialmente quando um dos elementos é rotulado de forma negativa em relação ao outro. Para lidar com essa situação, pode-se convidar ambos a compartilharem as suas perspectivas relativamente aos desafios envolvidos na aquisição de hábitos saudáveis (Wright & Leahey, 2018). Depois de obtida uma visão circular da interação, poderá perguntar-se quem dos dois, acharia mais fácil acreditar que o outro é capaz de mudar?

A empatia, atenção e responder com simpatia são elementos essenciais para estabelecer um ambiente propício para a cura (Block-Lerner et al., 2007).

Ao estabelecer uma relação de empatia, o enfermeiro garante uma distância psicológica para manter a objetividade e o profissionalismo na criação da relação. Empatia é a capacidade de ver para além do comportamento visível e compreender a situação sob a ótica do cliente, entendendo a representação dos seus sentimentos, enquanto mantém distância emocional (Townsend, 2011).

A escuta ativa deve ser privilegiada. Integra ouvir atentamente, prestar atenção, atribuir significado e oferecer feedback ao outro. Requer interesse genuíno e disposição para compartilhar, sendo recomendada quando alguém demonstra a necessidade de expressar as suas emoções (Sequeira, 2016).

. Segundo Phaneuf (2005), ter percepção das dificuldades vividas pela pessoa/família, contribui para aceitá-la. “São como húmus que permite à aceitação florir” (Phaneuf, 2005, p. 337).

Pelo exposto apliquei na prática clínica, as **etapas** da entrevista no sistema família, Figueiredo (2022):

1. **Acolhimento:** estabelecer um ambiente terapêutico, definição de objetivos, duração e estrutura da consulta;
2. **Intervenção:** desenvolver intervenções para promover mudanças, incentivando os elementos da família a explorarem possíveis soluções para os problemas, usando perguntas e técnicas de intervenção no sistema família;

3. **Finalização:** resumos dos objetivos e progressos alcançados e reforçar os esforços positivos para solucionar o problema, convidar a família para uma nova entrevista e despedir-se de uma maneira cordial.

O enfermeiro de família deve igualmente expressar genuinidade e honestidade, com a finalidade de apoiar a comunicação terapêutica (Blake, T.& Blake, T., 2019).

## 2 - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A adoção de um estilo de vida saudável constitui um desafio pessoal, académico e profissional, pela possibilidade de permitir uma intervenção preventiva relativamente à saúde dos indivíduos, família e comunidade, como esplanado seguidamente.

Sobre o projeto de intervenção de enfermagem em saúde familiar são várias as recomendações para a adoção de estilos de vida saudável, por meio de implementação de medidas sustentadas em políticas baseadas na evidência científica e segundo Rhodes et al (2020) na família como fonte de influência, na promoção de comportamentos de estilos de vida saudável.

### 2.1 - Projeto de intervenção

Os estilos de vida influenciam o estado de saúde das pessoas. Podem ser um fator promotor de saúde ou, pelo contrário, contribuir para o aparecimento de doenças. De fato, existem evidências de que o estilo de vida individual, que consiste num conjunto de crenças, valores e atitudes que se repercutem nos hábitos quotidianos, isto é, no padrão de comportamento, apresentam um elevado impacto sobre a saúde, determinando para a maioria das pessoas, o quanto doentes ou saudáveis serão, a médio e longo prazo (Nahas, 2003).

Qualidade de vida consiste na condição humana consequente de um conjunto de parâmetros individuais e sócio ambientais, modificáveis ou não, que representam as condições em que vive o ser humano. Nos parâmetros individuais, o estilo de vida é um dos principais determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades. Nos parâmetros sócio ambientais evidenciam-se as condições de trabalho, remuneração, educação e lazer, entre outros (Nahas, 2006).

O Modelo de Dahlgren e Whitehead, representa algumas relações entre idade, condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais, determinantes sociais da saúde, que influenciam os decursos de desenvolvimento e de saúde das famílias (Silva & Bicudo, 2022).

Ainda, segundo a DGS (2020), fatores como o local de habitação, o meio ambiente envolvente, o estilo de vida, a genética, a educação, o nível socioeconómico ou a rede social de apoio, são alguns dos determinantes que intervêm no comportamento do indivíduo.

Em Portugal, a definição de idoso é baseada na idade cronológica. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021), considera-se idosa a pessoa com 65 anos ou mais.

É consensual que o envelhecimento é um decurso natural e inevitável da vida humana. Todavia, a maneira como se envelhece pode ser influenciada por diferentes fatores, abrangendo a adoção de estilos de vida saudável e a acessibilidade a ambientes saudáveis.

Quanto mais cedo suceder a preparação para a longevidade melhor e nunca é tarde demais (Kalache, 2014).

Em 2018, a mortalidade por causas evitáveis em Portugal (138 por 100.000 habitantes) foi inferior à média da União Europeia (UE) (160 por 100.000 habitantes). Todavia, Portugal ficou aquém de alguns países da UE (como a Espanha, a França e a Itália) no que respeita à mortalidade evitável, o que sugere que é possível fazer mais para salvar vidas mediante a redução dos fatores de risco das principais causas de morte, como as doenças cardiovasculares (OCDE, 2021).

Os fatores de risco comportamentais têm um impacto significativo na mortalidade. Cerca de um terço (30%) de todas as mortes registadas em Portugal em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, designadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico. Contudo, esta percentagem é inferior à média da União Europeia (39 %) (OCDE, 2021).

Destes determinantes, é importante evidenciar os estilos de vida (alimentação, atividade física, sono, gestão de stresse ou tabagismo), que figuram uma importante oportunidade de promoção da saúde. A obtenção de ganhos em saúde pela adoção de estilos de vida saudável surge como uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde, particularmente no que respeita às doenças crónicas não transmissíveis (DGS, 2020).

É enorme o impacto dos estilos de vida na saúde. Desta forma, as mudanças de comportamento podem ser muito efetivas na área de prevenção e controle das doenças relacionadas à inatividade física, alimentação inadequada e outros hábitos de vida desadequados (Nahas, 2003).

Na qualidade de vida podem ser destacados fatores determinantes como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade (Nahas, 2003).

Os estilos de vida influenciam a saúde e segundo Nahas (2017), os fatores nutrição, atividade física e controle do stress estão relacionados com a saúde e bem-estar.

Manter a liberdade e controle sobre a vida diária, equilibrando responsabilidades, lazer e independência, é viável ao fazer-se escolhas conscientes e planeadas para um estilo de vida ativo, que englobe tanto atividades física e mental (Nahas, 2017).

Nahas (2017) destaca os elementos essenciais para um estilo de vida ativo: reduzir o risco de morte prematura por todas as causas, nomeadamente; doenças cardíacas; diabetes; hipertensão; ajudar no controle de peso corporal; apoiar os idosos a manter a força muscular e o equilíbrio, através da atividade física.

Faria et al. (2020) afirmam que a combinação do exercício físico com a adoção de hábitos saudáveis e a gestão de sintomas não apenas aprimora a saúde dos idosos, mas também a qualidade de vida.

Os estilos de vida saudável, como o consumo de frutas e verduras, a actividade física, e a qualidade de sono, associam-se positivamente com o bem-estar (Mateus-Lardiés et al., 2022).

Os problemas do sono ameaçam a saúde e a qualidade de vida de 45 por cento da população mundial e os portugueses não são exceção. O sono é um estado de repouso imprescindível para a recuperação física e mental, com efetividade na saúde, bem-estar, equilíbrio emocional e qualidade de vida. A privação de sono de qualidade diminui a concentração e a produtividade, modifica o estado de humor e é uma das essenciais causas de acidentes. Tem um efeito negativo no sistema imunitário e contribui como fator de risco para diversos tipos de doenças crónicas, como a hipertensão, doença cardíaca, diabetes, entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2022)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022), considerou que a região europeia, representa um desafio crescente, com quase 60% da população adulta e idosa com sobrepeso ou obesidade. O aumento do índice de massa corporal é um importante fator de risco para doenças não transmissíveis, incluindo cancro e doenças cardiovasculares.

Igualmente em Portugal, o excesso de peso, que inclui a pré-obesidade e a obesidade, é presumivelmente o principal problema de saúde pública, atingindo mais de 50% da população adulta e idosa com implicações graves no aparecimento de diversas patologias como a diabetes, a doença cérebro e cardiovascular, a patologia osteoarticular e a generalidade dos cancros. Estas doenças, figuram a principal despesa em saúde do estado português e o essencial encargo do serviço nacional de saúde (Direção Geral da Saúde, 2017).

Na prevenção do excesso de peso e obesidade, a OMS (2021) recomenda: limitar a ingestão de energia através de gorduras e açúcares totais; aumentar a ingestão de frutas e vegetais, grãos integrais e oleaginosos.

Recomenda ainda, praticar atividade física regular (60 minutos por dia para crianças e 150 minutos durante a semana para adultos e idosos). Como parte de sua atividade física semanal, os idosos devem praticar atividade física multicomponente variada que enfatize o equilíbrio funcional e treino de força em intensidade moderada, três ou mais dias por semana, para aumentar a capacidade funcional e prevenir quedas (OMS, 2022).

Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente os seus efeitos. A insulina, produzida pelo pâncreas, é responsável pela manutenção do metabolismo da

glicose, pelo que a sua falta provoca uma metabolização da glicose deficitária, e, conseqüentemente, diabetes. Esta caracteriza-se por elevadas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente. Existem vários tipos de diabetes, sendo prevalente a diabetes tipo 2, característica do adulto obeso, com aproximadamente de 90% dos casos diagnosticados (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com a *International Diabetes Federation* (IDF), em 2015 existiam cerca de 415 milhões de diabéticos no mundo e a estimativa desse organismo é de que em 2040 esse número seja de 642 milhões (IDF, 2015). Em Portugal, segundo a *Health at a Glance*, em 2017 a prevalência da diabetes rondava os 10% entre a população adulta, dos 20 aos 79 anos, são números muito expressivos, impossíveis de subestimar (OECD, 2017).

O tratamento correto da diabetes significa acima de tudo manter um **estilo de vida saudável**, para retardar ou mesmo evitar as diversas complicações que surgem devido ao mau controlo da glicemia. A hiperglicemia reiterada inevitavelmente acabará por trazer complicações graves e quase sempre irreversíveis na saúde dos seus portadores, e estas são sobretudo: a retinopatia diabética, a nefropatia diabética, a neuropatia diabética e o pé diabético. Existe igualmente evidência de que o acidente vascular cerebral e o enfarte agudo do miocárdio têm uma incidência duas a quatro vezes superior em pessoas com diabetes, assim como risco mais elevado de infeção (Ministério da Saúde, 2009) e disfunção sexual (Merck Sharp & Dohme, 2021).

Numa perspetiva de prevenção e controle, qualquer pessoa com história familiar de DM deve ser orientada no sentido de: manter o peso normal; manter uma alimentação saudável, não fumar; controlar a tensão arterial; tomar adequadamente a medicação prescrita; **praticar atividade física regular** (American Diabetes Association, 2019).

O exercício físico aumenta o fluxo sanguíneo muscular, o que facilita a ação da insulina e a captação de glicose, a agregação da insulina ao seu receptor e aumenta a atividade da enzima glicogênio sintase, o que estimula a captação da glicose (Arantes, 2021).

Paul et al (2009) classifica, que a prática regular de exercício físico melhora a sensibilidade à insulina, a glicemia de jejum e conduz a uma diminuição dos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c).

Uma das ações fundamentais da insulina é a manutenção da euglicemia no sangue, ou seja, efetuar o transporte da glicose sanguínea para o interior das células do corpo quando necessário. A **contração muscular desempenhada no exercício é capaz de translocar os recetores GLUT-4 sem a necessidade da ação da insulina** (Paul et al., 2009).

Uma meta-análise, realizada ao longo de mais de três décadas (entre 1970 e 2007), mostrou que a caminhada, quando praticada com regularidade, reduz **em 31%, o aparecimento de vários eventos cardiovasculares, entre os quais angina do peito,**

**enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral (AVC)** (Cardoso, 2023).

Na mesma investigação, os homens que caminharam, pelo menos, 30 minutos por dia, tiveram um menor risco de desenvolver doença coronária, em 18%. A *Stroke Association* também alerta que um passeio diário de 30 minutos mantém a tensão arterial alta sob controlo, reduzindo até 27% o risco de sofrer um derrame (Cardoso, 2023).

De acordo com o programa nacional para a promoção da atividade física da Direção Geral de Saúde (DGS) (DGS, 2016), uma das recomendações para um estilo de vida saudável é que os adultos e idosos **praticuem cerca de 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana**. Por «atividade física moderada» compreende-se um exercício que faça elevar a taxa respiratória e a frequência cardíaca acima do nível de repouso.

Um excelente exemplo deste nível de «atividade física» é uma caminhada rápida e **30 minutos por dia são suficientes** (DGS, 2016).

A família tem influência na capacidade de restauração e manutenção da saúde dos seus elementos num papel ativo no cuidado que presta. No entanto a sua intervenção pode ser benéfica ou maléfica e estabelecer fatores de risco ou de proteção dos elementos da família. Nas famílias agregam-se outros elementos devido a novos vínculos que se estabelecem, através de relacionamentos afetivos, como por exemplo, em casamentos, uniões de fato (Faria, 2011). A proximidade dos elementos familiares modifica o quotidiano de vida pela partilha recíproca como acontece na coabitação entre os conjugue ou relação de união de facto. Relativamente à diabetes tipo II, esta doença tem influência nas inter-relações, no contexto histórico e sociocultural da família (Silva et al., 2011).

A melhoria da literacia em saúde aliada aos estilos de vida saudável é uma área de forte investimento no ACES Estuário do Tejo cujo Plano Local de Saúde 2018-2020, a par com os objetivos nacionais, sugere nas suas estratégias e intervenções uma inquietação com a obesidade e diabetes. Relativamente à Unidade de Saúde Familiar (USF), onde decorreu o estágio, o total de pessoas com diabetes inscritas na USF correspondem a 1015, sendo o total de pessoas idosas (> = 65 anos) **cerca de 71%** segundo dados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF) de junho de 2023.

Os dados relativos à população idosa com diabetes tipo II inscrita, fundamentam a **escolha por um projeto sobre estilos de vida saudável no conjugue do familiar** desta população.

## 2.2 - Revisão *Scoping*

A prática baseada na evidência implica a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência existente para fundamentar as decisões sobre o cuidado a prestar a cada pessoa (Sackett et al., 2000).

A *Scoping Review* remete para um protocolo que contém os objetivos, os critérios de elegibilidade dos estudos, a metodologia utilizada, a análise e conclusões dos estudos incluídos (Amendoeira, 2018).

O protocolo elaborado para a *Scoping Review* foi fundamentado nas diretrizes do Instituto Joanna Briggs, visando assegurar a qualidade metodológica. A fundamentação teórica contribuiu para sustentar e direcionar a investigação sobre o tema, facilitando a formulação da pergunta de pesquisa em conformidade com a metodologia: Quais as intervenções de enfermagem na promoção de estilos de vida saudável na família da pessoa com diabetes tipo II? (Apêndice III).

De acordo com a metodologia P (População) C (Conceito) C (Contexto). A População: família da pessoa com diabetes tipo II; os Conceitos: enfermagem; promoção da saúde; estilos de vida saudável, diabetes tipo II; o Contexto: da comunidade, no âmbito da promoção de estilos de vida saudável.

Os estudos oferecem valiosas contribuições para a questão enunciada. Park et al. (2019) estabelecem as áreas em que é necessário intervir no âmbito dos estilos de vida: alimentação, exercício físico. Hruby et al. (2016) evidenciam que a atividade física regular, uma alimentação saudável e um sono de qualidade, cooperam para aumentar a longevidade e o bem-estar.

Conforme observado por Park et al. (2019), as intervenções de enfermagem podem incluir sessões de educação para a saúde em grupo ou individuais, visando a modificação de estilos de vida. LundinGurné et al. (2023) destacaram que a entrevista motivacional é uma ferramenta eficaz na promoção da saúde, estimulando a força e a motivação para a mudança, enquanto identifica potenciais obstáculos. No mesmo estudo, intervenções lideradas por enfermeiros foram associadas a melhorias significativas na saúde dos indivíduos ao facilitar mudanças nos hábitos de vida. Thongduang et al. (2022) ressalta a importância dos profissionais de saúde em motivar e capacitar os familiares para apoiar pessoas com diabetes tipo II, visando o alcance de metas e a melhoria da qualidade de vida.

Esta revisão proporciona evidência sobre a relevância da atuação do enfermeiro especialista em enfermagem familiar, enfatizando a importância de capacitar e fortalecer as famílias através de uma abordagem centrada nas mesmas.

### 2.3 – Objetivos geral e específicos

Pelo exposto o objetivo geral foi: promover estilos de vida saudável na família da pessoa idosa com diabetes Tipo II da USF.

Os objetivos específicos congruentes com o estudo efetuado foram:

- Caracterizar o tipo de família do conjugue da pessoa idosa com diabetes Tipo II;
- Avaliar IMC do conjugue da pessoa idosa com diabetes Tipo II;
- Identificar o estilo de vida do conjugue da pessoa idosa com diabetes Tipo II nos dez domínios que o questionário “Estilo de Vida Fantástico” avalia;
- Promover a aquisição de conhecimento sobre estilos de vida saudável do cônjuge da pessoa idosa com diabetes Tipo II no(s) domínios(s) do estilo de vida convertidos no(s) diagnóstico(s) de enfermagem;
- Apoiar alguma(s) mudança(s) nos estilos de vida saudável no quotidiano do conjugue da pessoa idosa com diabetes Tipo II;
- Conhecer o resultado do apoio realizado no quotidiano do conjugue da pessoa idosa com diabetes tipo II.

A saúde familiar traduz-se na capacidade da família para criar estratégias que permita a sua funcionalidade, mantendo a organização, produzindo mudanças estruturais e dar respostas às necessidades individuais dos seus membros. Na família, cada indivíduo desenvolve e promove o conceito de saúde em que adquire hábitos saudáveis e possui um papel de mediador ou de impacte que ajuda na recuperação da saúde quando um dos membros da família necessita de cuidados (Figueiredo, 2012).

Assim, a finalidade do estudo baseado na metodologia do processo de enfermagem, é contribuir para a capacitação do familiar (cônjuge) da pessoa idosa com diabetes tipo II para estilos de vida saudável, promovendo a sua saúde através do apoio do enfermeiro, perspetivando-se a integração de uma mudança progressiva na aquisição de hábitos de vida saudável/redução ou eliminação de outros menos saudáveis e tenha um papel ativo de mediador que influenciará também a saúde do seu familiar com diabetes tipo II, com ganhos em saúde para a díade e eventualmente para outros elementos do agregado familiar

### 2.4 - Metodologia

As atividades incrementadas calendarizadas no cronograma do projeto, foram ajustadas ao parecer da comissão de ética para a saúde da ARSLVT (Apêndice IV).

Para que o futuro enfermeiro especialista adquira as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018) nomeadamente na vertente, “ 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” (p.

19357) a metodologia a utilizar será a do Processo de Enfermagem aplicado às famílias. O Processo de Enfermagem (PE) consiste num método de organização do pensamento profissional, com base no pensamento crítico em enfermagem (Alfaro-LeFevre, 2014), orientado para a resolução de problemas e tomada de decisão, de modo a possibilitar uma prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade (Doenges & Moorhouse, 2013) para alcançar os melhores cuidados em saúde (Ferreira et al., 2017).

Segundo Ross (2005), o PE consiste numa ferramenta de suporte ao enfermeiro para o desenvolvimento do plano de cuidados com a intenção de melhorar o bem-estar das famílias numa atitude colaborativa com as mesmas. Para a mesma autora, o PE aplicado às famílias baseia-se em 6 etapas: 1- Avaliação e recolha de dados (Função, Estrutura Ambiente, Objetivos, Pontos fortes e Necessidades); 2- Análise (Necessidades, Preocupações, Encaminhamento, Diagnósticos de Enfermagem de Família); 3- Planeamento (Prioridades, Objetivos, Metas, Prognósticos); 4- Implementação (Coordenar, Delegar, Colaborar, Completar); 5- Avaliação dos Resultados (Progresso, Desfecho e Consecução); 6- Reavaliação e recolha de dados (Análise, Revisão).

Importa referir que embora se trate de um projeto de intervenção em enfermagem de saúde familiar sustentado no Processo de Enfermagem aplicado às famílias, a concretização da etapa 1 do PE (Avaliação e recolha de dados) tem particularidades comuns às tipologias de investigação e melhoria contínua da qualidade, enquadrando-se por isso num estudo transversal descritivo, pelo que apresentamos os requisitos da mesma.

#### 2.4.1 - Avaliação e recolha de dados

##### **População e amostra**

Neste estudo, o conceito de conjugue estendeu-se também ao(à) parceiro(a) [quem a pessoa idosa diz que é seu/sua companheiro(a)].

A população alvo do estudo, define-se por características fundamentais dos elementos da população. A amostra é uma fração da população total que resulta da aplicação de critérios (inclusão/exclusão), sobre a qual é desenvolvido o estudo (Fortin, 2009).

População: cônjuges das pessoas idosas com diabetes tipo II inscrita na USF.

A amostra foi de conveniência constituída pelos cônjuges das pessoas idosas com diabetes tipo II, que as acompanharam à consulta de enfermagem durante um período de 4 semanas, pertencentes a um ficheiro médico/enfermeiro de família, numa média semanal de 4 cônjuges das pessoas com diabetes tipo II (17).

Como critério de inclusão definiram-se: cônjuge da pessoa idosa (idade igual ou superior a 65 anos) com diabetes tipo II, que viviam em coabitação, que a acompanhou às consultas

na USF, sem alterações cognitivas, que sabiam ler e escrever e que aceitaram participar de forma livre e informada.

Crítérios de exclusão: cônjuges que tinham diagnóstico de diabetes tipo II à data do recrutamento para o estudo.

### **Instrumentos de colheita de dados**

A seleção da metodologia de recolha de dados também se baseia em função das variáveis e da estratégia de análise prevista (Fortin, 2009).

Instrumentos de colheita de dados: questionário aplicado ao cônjuge da pessoa idosa com Diabetes Tipo II. Constituído por duas partes: a primeira com dados de caracterização sócio demográfica/dados antropométricos (variáveis independentes) e a segunda com o questionário do perfil do estilo de vida individual, “Estilos de Vida Fantástico”, resultando nas variáveis dependentes (Anexo I).

O questionário “Estilo de Vida Fantástico” é um instrumento de auto preenchimento e avaliação que explora os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde. O questionário apresenta no total 30 questões (itens), todas elas com resposta fechada, que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificam com a sigla “FANTÁSTICO”: F – Família e Amigos; A – Atividade física/ Associativismo; N – Nutrição; T – Tabaco; A - Álcool e Outras drogas; S - Sono/ Stress; T - Trabalho/Tipo de personalidade; I – Introspeção; C - Comportamentos de saúde e sexual; O - Outros Comportamentos. Os itens têm três opções de resposta com um valor numérico de 0, 1 ou 2. As alternativas estão dispostas em três linhas para facilitar a sua codificação, e a primeira alternativa (1ª linha) é sempre a de maior valor ou de maior relação com um estilo de vida saudável. A codificação das questões é realizada da seguinte maneira: 2 para a 1ª linha, 1 para a 2ª linha e zero para a 3ª linha, somando-se estes valores em cada domínio e multiplicando-os por dois, obtemos o valor correspondente para cada domínio. Quanto menor for a pontuação obtida, maior será a necessidade de mudança comportamental.

O questionário do perfil do estilo de vida individual, “Estilos de Vida Fantástico” está validado para a população portuguesa.

### **Procedimento de recolha e tratamento de dados**

A recolha dos dados foi realizada através de autopreenchimento em papel. No caso de alterações visuais ou auditivas do respondente, a mestranda leu e perguntou as várias alternativas assinalando a resposta na alternativa mencionada pelo respondente.

Antes da consulta de enfermagem de diabetes programada ao idoso com diabetes tipo II foi explicitado o estudo, em que consistia (dirigido ao conjugue não diabético), qual a

participação esperada do conjugue e que para progredir com a participação, seria necessário a aplicação prévia do *Mini-Cog Test*, do SClínic® (avaliação cognitiva) (Anexo II). Apreciou-se a disponibilidade para o conjugue participar e em caso afirmativo, de forma livre e esclarecida, clarificaram-se eventuais dúvidas, o que seria feito para proteção da privacidade, armazenamento dos dados, posterior destruição e solicitou-se o consentimento informado.

Foram aproveitados os momentos em que, o cônjuge acompanhou a pessoa com diabetes tipo II na deslocação à consulta de enfermagem e/ou médica com a presença de ambos na mesma cuja partilha de informação foi implicitamente aceite.

A participação do(a) conjugue no estudo, envolveu três encontros: 1-incluiu fornecer dados de caracterização sociodemográfica, de avaliação antropométrica e hábitos de vida saudável através das respostas ao questionário, (corresponde à 1ª etapa do PE).

### **Questões Éticas**

De acordo com a Declaração de Helsínquia, a investigação em saúde está sujeita a padrões éticos que defendem o respeito por todos os seres humanos e apoiam a sua saúde e direitos. Segundo, Grove, Sutherland & Gray (2017), Nunes (2020), Scott (2017) foram considerados os princípios enumerados: princípio da beneficência; princípio da não-maleficência; princípio do respeito pela dignidade humana; princípio da justiça; princípio da confidencialidade.

Desta maneira foram garantidos os direitos dos participantes, designadamente: direito ao anonimato e confidencialidade; direito de autodeterminação; direito à intimidade. Aplicou-se um código atribuído a cada conjugue que participou (C1, C2, C3...).

Foi elaborado e submetido o protocolo de investigação à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Apêndice V). Para cumprimento dos princípios éticos e legais asseguraram-se as seguintes questões, que constam no respetivo protocolo:

- Autorização da Comissão de Ética em Saúde da ARSLVT (Anexo III);
- Autorização da Direção do ACES;
- Autorização da Coordenadora da Unidade de saúde familiar (USF);
- Autorização dos autores dos instrumentos de colheita de dados para a sua utilização, Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Irma Silva Brito e o Sr. Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva, que concederam autorização conforme consta no protocolo em Apêndice V;
- Consentimento Informado dos participantes no estudo.

## **Apresentação e análise de dados**

Quanto à análise dos dados obtidos na etapa 1 do Processo de Enfermagem aplicado aos cônjuges, estes foram sujeitos a tratamento estatístico com recurso à estatística descritiva usando o *Microsoft Office Excel*. Foram organizados em tabelas, gráficos quadros permitindo a sua descrição e análise.

A partir das variáveis do instrumento de colheita de dados categorizou-se nas variáveis (fisiológica, sociocultural, psicológica e desenvolvimento) do modelo de Neuman, no core e nas linhas que o envolvem.

O core do meu sistema cliente que participou no estudo é constituído por 17 conjugues da pessoa com diabetes tipo II, inscritos na USF. No core na variável desenvolvimento, 100% não revelaram alterações cognitivas.

Relativamente à variável fisiológica, a amostra é maioritariamente feminina (88%), o género masculino representou 12%. Na idade o limite superior foi de 86-90 anos com 6% e o limite inferior de 66-70 anos com 24%. Correspondeu dos 71-75 anos 29%, 76-80 anos 29% e 81-85 anos 12%. No estado civil 100% são casados. Vivem com o conjugue 85% dos participantes, e com o conjugue e filhos 15%, representando 100% de famílias tipo nuclear. Vivem com os conjugues em média há 48 anos, sendo o limite superior de 60 anos e o limite inferior 8 anos.

Um aspecto relevante a considerar é a presença de um companheiro constante na vida do idoso, o que pode ser importante para auxiliar no planeamento dos cuidados e na promoção da saúde. Tanto o parceiro quanto a própria família têm o potencial de ajudar positivamente, oferecendo apoio, informação e assistência nos cuidados de enfermagem (Mendes et al., 2015).

De acordo com Ferreira e Domingues (2021), foi constatado que o suporte social proveniente dos parceiros conjugais está diretamente ligado à prática de atividade física. Destaca-se a importância do encorajamento mútuo dentro do casal para o mesmo tipo de atividade, incluindo incentivo, persuasão e motivação, o que facilita a adesão e continuidade na prática de atividade física.

Ainda na variável fisiológica, os dados antropométricos, a média do peso é de 72,01 Kg, o limite superior de 98 Kg e o limite inferior de 51, 5 Kg. Relativamente à altura a média é de 158 cm, sendo o limite superior de 170 cm e o limite inferior de 149 cm. Nos valores de IMC a média é 29,4, o limite superior 36,72 e o limite inferior 20,89. Desta forma, 41% da nossa amostra, encontravam-se com obesidade, 35% com excesso de peso e 25% sem excesso de peso, tornando-se fundamental intervir junto deste grupo ao nível da educação para a saúde, promovendo uma alimentação saudável e hábitos de atividade física regular como forma de combate ao sedentarismo.

Quanto à variável sociocultural, na situação perante o trabalho, 100% são reformados; 70% possuem o 1º ciclo, 0% o 2º ciclo e ensino secundário, 18% o 3º ciclo e 12% o ensino superior. A moda equivale aos idosos com o 1º ciclo. No que diz respeito ao local de residência, com maior representação está o meio urbano em 88% e o meio rural em 12%.

O comportamento global avaliado no primeiro momento pelo questionário “FANTASTICO” configurou-se como “excelente” em 18%, distinguindo-se muito bom em 70%, bom e regular 6%, e ausência de comportamento a melhorar.

Os Resultados do questionário estilo de vida “FANTÁSTICO” primeira avaliação segundo o modelo de Neuman encontram-se em Apêndice VI.

Os valores de estilos de vida positivos, mais elevados conseguidos, foram para “álcool e outras drogas” (100%), “outros comportamentos” (100%) a “família e amigos” (94,0%), “tabaco” (94%), “comportamentos de saúde e sexual” com 94%; trabalho/tipo de personalidade 88% introspeção” (88%), “sono e stress” (77%); seguem-se-lhe nutrição” com 35%; e com o valor mais baixo, “atividade física/associativismo” 18%.

Apresentam-se os dados pelas variáveis nas linhas, conforme infracitado.

Na LR, na variável psicológica, “Família e amigos” na subdimensão “Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim” verificou-se que 88% têm a pontuação máxima (quase sempre); 12,0% a intermédia (às vezes) e 0% a nula (quase nunca). Quanto à outra subdimensão “Dou e recebo carinho/afetos”, 94% têm a cotação máxima (quase sempre), 6% intermédia (às vezes) e 0% a mínima (quase nunca).

Relativamente à “Atividade Física/Associativismo, variável sociocultural, na subdimensão “sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades ativamente” destacou-se quase nunca com 94%, seguido de às vezes e quase sempre, com 0% e 6%, respetivamente. Inversamente, na variável fisiológica, subdimensão “realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante 30 minutos de cada vez”, 18% dos respondentes situaram-se no 3 ou mais vezes por semana; 29% em uma vez por semana e 53% não faço nada. Escalada de forma idêntica, na terceira subdimensão “Ando no mínimo 30 minutos diariamente”, 18% dos participantes situaram-se no quase sempre; 23% em às vezes e 59% em quase nunca. Em geral, neste domínio os resultados demonstram a necessidade de intervir no stressor negativo dos participantes em estudo, atividade física.

À semelhança de estudos representativos da população, observa-se uma diminuição no nível de atividade física semanal conforme a idade aumenta. Na faixa etária dos 70 anos ou mais, há uma prevalência maior de pessoas que não praticam qualquer atividade física de intensidade moderada. Por outro lado, a prevalência daqueles que praticam pelo menos 150 minutos por semana, varia inversamente, sendo mais alta nas faixas etárias mais jovens.

Contudo, há diferenças significativas consoante o sexo, sendo os homens mais ativos ao longo das etapas do ciclo de vida (DGS, 2022).

Resultados recentes do Euro barómetro de 2022 (EC, 2022) indicam uma diminuição do número de portugueses envolvidos regularmente ou com alguma regularidade na prática de desporto e exercício físico, e outra atividade física, comparativamente aos dados do Euro barómetro relativo a 2017 (EC, 2022) (22% vs. 26% em 2017).

A faixa etária com o maior tempo médio diário sentado é a dos 15 aos 29 anos, com 25,8% passam sete ou mais horas por dia sentados. Em seguida, vem o grupo dos 70 anos ou mais, com 20,8%, e por último, a faixa etária entre 30 e 69 anos, com 15,3% (DGS, 2022).

De acordo com o estudo de Hruby et al (2016), o sedentarismo desempenha um papel importante na obesidade, assistir televisão e outras atividades sedentárias em casa ou no trabalho aumentam o risco de se tornar obeso. Por outro lado, cada incremento diário de 2 horas gasto em pé ou caminhada e uma hora por dia de caminhada rápida, foi associado a um risco menor.

Conforme refere Nahas (2017), manter o peso e realizar atividade física regularmente são elementos-chave para promover um estilo de vida saudável.

Na dimensão nutrição, variável fisiológica, respondendo a “Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente”, 59% situaram-se no valor 1 (às vezes), 35% situaram-se no valor 2 (todos os dias), e 6% no 0 (quase nunca). Quanto a “Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou *fast food*”: 72% come “alguns destes” (1 ponto), 6% “nenhum destes” (2 pontos) e 22% “todos”. No que se refere a “Ultrapassei o meu peso ideal em”, 59% em “mais de 8 kg”, “5 a 8 kg” 23%, “0 a 4 kg” 18%. É imperativo o interventor atuar neste stressor negativo, como contributo para os participantes adotarem um estilo de vida mais saudável.

Segundo a DGS (2018), mais de metade da população portuguesa manifesta excesso de peso e as doenças cardiovasculares e o aumento da diabetes, figuram-se diretamente relacionadas com a alimentação, constituindo a obesidade o essencial motivo destas patologias. Os alimentos com excesso de calorias e, especialmente, com alto teor de sal, de açúcar e de gorduras, desempenham um profundo problema a par da falta de ingestão de fruta, vegetais, frutos secos e sementes, sendo imperioso educar para a adoção de uma alimentação saudável.

Na LDN na variável fisiológica, subdimensão tabaco: 94% dos respondentes “não fumou nos últimos 5 anos”; 1% “não fumou no último ano”, 0% “fumou este ano”. Relativamente ao número de cigarros fumados por dia, 100% registou-se com “nenhum”, 0% com “1 a 10” e 0% com “mais de 10”.

Quanto à ingestão média semanal de álcool, 100% dos participantes selecionaram a opção 0 a 7 bebidas, 0% “8 a 12” e 0% “mais de 12”. Beber mais de 4 a 5 bebidas na mesma ocasião foi reportado como “nunca” por 100%, como “ocasionalmente” e “frequentemente” por 0% dos respondentes. A prática de conduzir veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas foi assumida como “frequente” por 0%, como “rara” por 0% e como “nunca” por 100% dos inquiridos.

No que concerne a substâncias psicoativas ilegais como cannabis, cocaína, ecstasy 100% “nunca” as usa, 0% “ocasionalmente” e 0% “frequentemente”.

O não uso de tabaco, álcool e substâncias psicoativas ilegais é um fator protetor da amostra.

Com valores semelhantes foi reportado o uso excessivo de medicamentos: 100% “quase nunca”, 0% “às vezes”, 0% “quase diariamente”.

Do recurso diário a bebidas estimulantes (café, chá ou outras bebidas com cafeína) 100% dos respondentes reportou-o com “menos de 3 vezes”.

Relativamente ao sono e stress, variável fisiológica, “durmo bem e sinto-me descansado” a maioria 41% assinala “às vezes” (1 ponto), 35% “quase sempre” (2 pontos) e 24% “quase nunca”. De acordo com estes resultados, intervir neste stressor negativo constitui uma prioridade. Na questão “Sinto-me capaz de gerir o stress”, 76% dos conjugues afirmaram “quase sempre”; 24% “às vezes” e 0% “quase nunca”. “Relaxo e desfruto do meu tempo livre” é assumido com “quase sempre” por 82%, com “às vezes” por 18% e “quase nunca” por 0%.

Os problemas relacionadas com o sono representam uma ameaça para a saúde e o bem-estar de quase metade da população global, e os cidadãos portugueses estão incluídos nesta realidade (Ordem dos enfermeiros, 2022).

Num estudo de Hruby et al (2016), um sono de pouca qualidade e menos descanso noturno foram associados a um risco aumentado de ganho de peso e obesidade.

Quanto à dimensão “Trabalho/Tipo de personalidade”, na LDN variável psicológica, “Sinto que ando acelerado e/ ou atarefado”, 53% registaram “quase nunca”, 35% “algumas vezes”, e 12% “frequentemente”. “Sinto-me aborrecido e/ ou agressivo” registou as seguintes percentagens: 88% “quase nunca”, 12% “algumas vezes” e 0% “frequentemente”. Para a questão “Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral”, 82% referiram “quase sempre”, 18% “às vezes” e 0% “quase nunca”.

Na dimensão “introspeção”, LDF variável psicológica, “sou uma pessoa otimista e positiva” delimitou 88% dos participantes em “quase sempre”, 12% em “às vezes” e 0% em “quase nunca”. Para 82% da amostra “Sinto-me tenso e/ou oprimido” ocorreu “quase nunca”, 18% algumas vezes” e “frequentemente” para 0%. “Sinto-me triste e/ou deprimido”

foi registado por 82% dos conjugues em “quase nunca”, 12% em “algumas vezes” e 0% em “frequentemente”.

Os “Comportamentos de saúde e sexual”, LDF variável psicológica, nas respostas “realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde”, 76% consideraram fazê-lo “sempre”, 12% “às vezes” e 12% “quase nunca”. Relativamente à segunda questão da dimensão “Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade”, a maior percentagem (47%) registou “sempre”, 29% referiram “às vezes” e 24% “quase nunca”. Relativamente à questão no meu comportamento sexual preocupo-me com o bem estar e proteção do parceiro(a)” 94% dos participantes responderam “quase sempre”; 6% “quase nunca” 0% “às vezes”.

“Outros comportamentos” na LDF variável sociocultural, é o item terminante do acrónimo, à questão “como peão e passageiro cumpro as medidas de proteção e/ou de segurança pessoal e rodoviária” foram: “sempre” com 100%, “às vezes” com 0% e “quase nunca” em 0%. A última questão “como condutor ou futuro condutor respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança, telemóvel) ” resultou em 100% com “sempre”, em 0% com “às vezes” e em 0% com “quase nunca”.

O estudos de Hruby et al. (2016) demonstram que ao aumentar a atividade física regular, ter uma alimentação saudável, melhorar o sono, contribui para aumentar a longevidade, o bem-estar, controlar o peso, diminuindo o risco de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, e alguns tipos de cancro. Ainda de acordo com os mesmos autores, o envelhecimento bem-sucedido, é definido como estar livre de grandes condições crónicas e sem limitações cognitivas, físicas ou mentais substanciais aos 70 anos de idade.

Depois de analisado cada dimensão e com os valores obtidos, consegue-se compreender que a população em estudo está vulnerável à incidência de doenças crónicas. Por fim, através da análise do perfil do estilo de vida individual relativamente à dimensão nutrição, atividade física e sono, conclui-se que os conjugues da pessoa idosa com diabetes tipo II apresentam um estilo de vida pouco saudável, sendo imperativo intervir nestes stressores.

### **Diagnósticos e Estratégias de Intervenção**

Após a etapa de tratamento e análise de dados, na continuidade das outras etapas do PE, elaboraram-se o(s) diagnóstico(s) de enfermagem emergentes que veremos a seguir.

Planeou-se o 2º encontro para a implementação das intervenções/ações de enfermagem individualizadas em que o participante em contexto de consulta de enfermagem, mediante o diagnóstico de enfermagem realizado além de receber informação sobre hábitos de vida saudável, também adquira apoio para integrar algum/uns deste(s) que sejam benéficos ou

reduzir/eliminar o(s) menos benéfico(s) por meio de sessões de educação para a saúde e entrevista motivacional. Finalizou-se com avaliação dos resultados decorrentes dessas intervenções/ações de enfermagem do apoio feito (Encontro 3) que previu de novo a aplicação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”, passadas 4-6 semanas, após a primeira aplicação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) são diagnósticos de enfermagem possíveis de identificar, constituindo os stressores negativos: padrão alimentar, padrão de exercício e sono comprometidos, assim como excesso de peso e obesidade. As Intervenções de enfermagem estão esplanadas no plano de cuidados em Apêndice VII. O Modelo de Sistemas Neuman foi adaptado para as famílias em estudo. Apêndice VIII

#### 2.4.2 - Planeamento e Intervenção

Este capítulo foi organizado com um quadro ajustado (quadro nº 3), onde são apresentados o objetivo geral, incluídos nestes as atividades realizadas, os recursos e critérios de avaliação, conforme plano de atividades em Apêndice IX.

Importante realçar que qualquer plano serve apenas de fio condutor, estando sempre sujeito a alterações, pelo que foi ajustado. É um elemento facilitador para efetuar um enquadramento das competências específicas do enfermeiro especialista, adequado à prática de cuidados, podendo sempre ser dinâmico.

Foram realizadas sessões de educação para a saúde individual com os conjugues da pessoa idosa com diabetes tipo II, sobre estilos de vida saudável, nos domínios alimentação saudável, atividade física e o sono. O planeamento das sessões, os respetivos questionários de avaliação dos conteúdos adquiridos nas sessões de educação para a saúde, assim como o questionário de avaliação das mesmas, encontra-se em Apêndice X.

Foram criados *PowerPoint* (Apêndice XI) e três posters sobre os respetivos domínios. Os posters (Apêndice XII) foram validados pela comissão clínica para a saúde da USF.

#### 2.4.3 - Avaliação dos resultados

Sobre as sessões de educação para a saúde, dos questionários supracitados, destaca-se que 100% dos inquiridos assinalou cada afirmação dos diferentes domínios corretamente. Avaliou a qualidade da apresentação com muito bom 82% e com bom 18%, com 100% a utilidade do tema abordado, 100% os conteúdos foram apresentados com clareza, 100% consideraram que a sessão de educação para a saúde ajudá-lo-á a adotar um estilo de vida mais saudável, 100% recomendaria esta sessão de educação para a saúde a outras pessoa. Relativamente ao último item do questionário de questão aberta, obtivemos 76,5% de respostas com feedback extremamente positivo, designadamente: “tudo bem, foi tudo o

que precisava de saber”; “a Sr.<sup>a</sup> enfermeira aluna do mestrado foi excelente felicidades”; “achei muito importante esta abordagem familiar porque pode influenciar e contribuir para a assistência ao meu marido diabético”. “Deveriam ser efetuadas com maior frequência e em maior escala”; “ótima, continuar gostei”; “continuar”; “quanto mais informação melhor”; “muito bom”; “gostei”; “é bom para todos aprender sobre o que é saudável”; “foi bom”.

A avaliação é descrita como um recurso que facilita a replicação e disseminação ampla das boas práticas, pois possibilita a compreensão tanto dos êxitos quanto dos fracassos das ações implementadas (Rodrigues, 2021).

A análise dos resultados deve ser um procedimento constante, enquadrados nos objetivos estipulados em colaboração com a família, resultando em enunciados identificados como diagnósticos de enfermagem. Os progressos evidenciam-se pelas transformações sucedidas na família, que englobam narrativas inéditas, novas interações e novos comportamentos (Figueiredo et al., 2023).

De acordo com Wright & Leahey (2018) na exploração de objetivos, durante a entrevista, enfermeira e família definem quais os objetivos e resultados, que esta última espera obter com a mudança. Frequentemente, mesmo uma pequena mudança pode ter um impacto significativo. A alteração mínima no comportamento de alguém pode desencadear efeitos profundos e duradouros no comportamento de todos os envolvidos. Pequenas mudanças são o ponto de partida para avanços posteriores.

Afirmações de objetivo comportamental unidimensional, como: vou comer menos, não são tão desejáveis quanto as afirmações de objetivos multidimensional, interacional e situacional que relatam, quem, o que, quando e como a solução será alcançada (Wright & Leahey 2018). Uma afirmação de objetivo multidimensional poderá ser: vou desfrutar de uma pequena refeição equilibrada à noite, à mesa do jantar, com o meu marido, convivendo um com o outro.

Segundo Rodrigues (2021), é importante pensar que algumas mudanças não se produzem no imediato, como é o caso de projetos que compreendem estratégias de educação para a saúde e capacitação dos clientes, cujos impactes só se avaliam na qualidade de vida dos participantes e na qualidade da sociedade do futuro.

O projeto de intervenção refletiu o que os autores Thondduang et al (2022) mencionam sobre o envolvimento dos familiares no apoio aos cuidados holísticos para idosos com diabetes, constituindo uma estratégia de promoção de saúde.

A avaliação possibilita compreender, que os objetivos propostos foram alcançados. Apresentam-se os resultados sobre a melhoria dos estilos de vida (atividade física, alimentação e sono, dos conjugues da pessoa com diabetes tipo II:

- Aumentaram conhecimentos no domínio da alimentação saudável: 52,9% como duas porções de verduras e três de frutas diariamente; 47,06% frequentemente como alimentos hipercalóricos, doces, salgados, *fast food*; 0% em ultrapasso o meu peso ideal em 0 a 4 Kg, 5 a 8 Kg, mais de 8 kg;
- Aumentaram conhecimentos no domínio da atividade física: sou membro de um grupo comunitário e participo nas atividades 11,76%; ando no mínimo 30`diariamente 58,82%; realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, jardinagem) ou desporto durante 30`de cada vez 82,35%;
- Aumentaram conhecimentos no domínio do sono: durmo bem e sinto-me descansado 29,41%, sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia 11,76%; relaxo e desfruto do meu tempo livre 11,76%;
- Sobre o IMC verificou-se redução de: 64,71%;
- Sobre mudanças nos estilos de vida saudável no quotidiano, 58,8%: o comportamento global avaliado no segundo momento pelo questionário “FANTASTICO” resultou em “excelente” em 65%, “muito bom” 29%, bom 6%, e ausência em regular e comportamento a melhorar.

Relativamente aos indicadores de avaliação: adesão, atividade, e qualidade, foram superados (100%) relativamente à meta (80%):

- Indicador de adesão:

Nº familiares conjugues aderentes ao projeto x 100 = 100% (N=17)

Nº familiares conjugues convidados

- Indicador de atividade

Nº sessões de educação para a saúde realizadas x 100 = 100% (N=17)

Nº sessões de educação para a saúde programadas

- Indicador de qualidade:

Nº familiares conjugues que avaliaram satisfatoriamente cada SES x 100 = 100% (N=17).

Nº familiares conjugues convidados

Em Apêndice XIII consta o modelo de sistemas Neuman adaptado aos estilos de vida, correspondente à primeira e segunda avaliação e no Apêndice XIV, a avaliação da intervenção nos stressores negativos de acordo com o mesmo modelo.

Promover uma alimentação saudável, atividade física regular, e um sono de qualidade o mais precocemente possível, e a consciencialização sobre os benefícios através da identificação dos stressores e educação para a saúde é uma medida de prevenção primária. Visa evitar o desenvolvimento de problemas de saúde que ainda não ocorreram, como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, procurando fortalecer a linha flexível de defesa, para reduzir a eventualidade de reação.

A prevenção secundária propõe detetar precocemente problemas de saúde, stressores relacionados com uma alimentação desequilibrada, não praticar atividade física regular e problemas de sono, permitindo intervenções para reduzir o risco de complicações. O enfermeiro atua para fortalecer as linhas internas de resistência.

A prevenção terciária oferece suporte e educação para a saúde às famílias com diabetes tipo II, doenças músculo esqueléticas ou cardiovasculares. Ajuda a minimizar os efeitos negativos causados pelos stressores. Permite melhorar a qualidade de vida e o bem-estar. Um objetivo é fortalecer a resistência aos stressores e prevenir o reaparecimento de complicações.

### 3 - REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE UM SABER ESPECIALIZADO

Considero relevante realizar uma reflexão crítica e analítica para assegurar que, ao concluir o mestrado e especialidade em saúde familiar, alcance as competências esperadas e requeridas para mestre e enfermeiro especialista nesta área. Reconheço que este é um percurso que demanda um desenvolvimento contínuo, e estou consciente de que as competências nunca serão completamente adquiridas, necessitando de constante aprimoramento na prática dos cuidados.

#### 3.1 - Competências comuns de enfermeiro especialista

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019):

##### **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Procuro cultivar uma prática ética e legal nos cuidados, respeitando os direitos humanos e a responsabilidade profissional. Ao longo do meu percurso pessoal, profissional e acadêmico, tenho priorizado o desenvolvimento deste domínio. O curso de mestrado em especialização em enfermagem de saúde familiar, proporcionou-me a oportunidade de examinar a evidência científica mais recente na área da enfermagem, especialmente no contexto da família. Possibilitou-me refletir sobre a minha prática de cuidados, adotando uma perspectiva holística ao considerar a família, contextualizando os seus direitos legais.

Compreender as características de desenvolvimento e as necessidades da família é essencial para oferecer cuidados de excelência e assegurar uma prática profissional segura. Ao prestar os cuidados, preservo o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da família, incorporando os princípios éticos, legais e deontológicos na tomada de decisão.

Embora tenha aprimorado significativamente este domínio ao longo do meu percurso profissional, reconheço que é um processo em constante evolução, sujeito a uma atenção contínua, especialmente perante as mudanças legislativas que frequentemente emergem.

##### **Melhoria Contínua da Qualidade**

Na minha prática profissional, diligencio desempenhar um papel ativo no impulsionamento do desenvolvimento de estratégias para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Durante o meu percurso acadêmico, explorei ativamente esta competência, particularmente na Unidade de Saúde Familiar (USF), onde concebi um projeto e um estudo de investigação destinado a aperfeiçoar os cuidados prestados às famílias. Efetuei uma revisão *scoping* e planeio futura publicação. Apesar dos avanços alcançados e de considerar ter integrado estas competências, pretendo continuar a fortalecer este domínio.

Particpei com a orientadora clínica na auditoria interna com objetivo de garantir o procedimento para a identificação inequívoca do utente ao abrigo da DGS (2011), sendo um indicador de qualidade A identidade do utente deverá ser sempre confirmada pelo secretariado clínico, nomeadamente: identificação, morada e contactos, sendo exceções as situações de urgência e emergência médica. Aquando da prestação dos cuidados, cabe ao profissional confirmar que os presta à pessoa certa sendo necessário antes da realização de qualquer ato, confirmar a identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação (nomeadamente o nome completo; a data de nascimento; o número de utente do SNS).

### **Gestão dos Cuidados**

Considero a gestão dos cuidados como um domínio em evolução constante, exigindo do enfermeiro especialista uma atenção cuidadosa. O percurso académico teve um impacto positivo no desenvolvimento desta competência, especialmente através da componente teórica relacionada com gestão e liderança, seguida pelo desenvolvimento do meu projeto de intervenção.

A gestão dos cuidados envolveu a otimização do trabalho em equipa, ajustando os recursos de acordo com as necessidades e respostas de elevada adaptabilidade a nível individual e organizacional,

### **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Ser enfermeiro exige uma incessante pesquisa pelo conhecimento, uma vez que desta forma podemos proporcionar os melhores cuidados alinhados com a melhor prática fundamentada em evidência. Uma das diretrizes fundamentais que orienta a minha prática é, a procura constante por conhecimentos científicos e técnicos que fundamentem as minhas ações e promovam cuidados de qualidade.

Nesta perspetiva, tenho procurado aperfeiçoar estas competências ao longo do tempo. No entanto, o mestrado na área de especialização em enfermagem de saúde familiar contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. A componente teórica possibilitou-me enquadrar e refletir o papel do enfermeiro na prestação de cuidados e ampliar os meus conhecimentos esmerando a prática clínica.

Pela participação em ambos os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de integrar novas equipas e conhecer diferentes profissionais. Isso permitiu-me uma análise mais profunda da prática de enfermagem, refletindo sobre o meu próprio desempenho e o desenvolvimento de estratégias para aperfeiçoamento individual. Igualmente, assumi um papel ativo como elemento impulsionador na equipa, contribuindo com informações científicas atualizadas para enriquecer a prática de enfermagem conforme as atividades desempenhadas nos diferentes contextos.

### 3.2 - Competências de enfermeiro especialista em saúde familiar

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018):

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

Ao considerar a família como uma unidade de cuidados, adotei uma abordagem holística e centrada na família durante a prestação de cuidados. Isso implicou não apenas atender às necessidades individuais de cada membro, mas igualmente da família, assim como compreender a história familiar, as crenças e a cultura familiar e os fatores de risco ambientais que podem afetar a saúde de todos.

Adaptei as intervenções de enfermagem conforme as diferentes fases da vida de cada membro da família. Tive em consideração as necessidades específicas de cuidados em cada estadió de desenvolvimento, desde o nascimento até o envelhecimento, contribuindo para a promoção da saúde ao longo do ciclo vital.

Utilizei vários instrumentos de avaliação familiar, acrescentando a informação adicional de várias fontes envolvendo as interações familiares observadas, bem como a comunicação não-verbal.

Mantive uma atitude de escuta ativa e empática, demonstrando total disponibilidade para a família.

Implementei estratégias de promoção da saúde, prevenção de doença, identificando os pontos fortes da resposta familiar às transições de vida. Colaborei com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, alinhado com os resultados previstos pela mesma. Analisei com a família os recursos essenciais para atender às suas necessidades de saúde e facilitei o processo de obtenção desses recursos.

Colaborei no desenvolvimento e avaliação das intervenções de enfermagem familiar para implementar as mudanças definidas pela família durante transições complexas de saúde.

Integrei estratégias de intervenção no sistema família usando técnicas motivacionais, colaborando com a família na resolução de conflitos, mitigando os efeitos negativos em áreas de saúde familiar. Destaco a importância de estratégias de intervenção no sistema família, e de negociar a adoção de estilos de vida saudável.

Compreendi que a equipa de enfermagem à qual me integrei, reconheceu a minha contribuição cujos conhecimentos e habilidades, ainda em desenvolvimento, estão a progredir em direção ao nível de enfermeiro especialista em saúde familiar, procuraram a minha opinião para discutir ideias e refletir sobre os cuidados prestados às famílias.

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

Articulei com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, designadamente na referenciação para o médico de família e técnica superior do serviço social, quando a situação assim o impunha. Desta forma, orientei a família para melhorar a qualidade e o custo dos serviços oferecidos, contribuindo para a mudança dos sistemas organizacionais.

Geri o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Particpei no planeamento, desenvolvimento e na avaliação dos programas de saúde relativos à saúde familiar, nomeadamente o programa nacional de vacinação e a campanha sazonal de vacinação.

Utilizei sistemas de informação e tecnologias para melhorar os resultados de saúde familiar, elaborando três posters, contribuindo para promover e dar visibilidade à temática dos estilos de vida saudável.

### 3.3 - Competências de Grau de Mestre

Com base nos critérios para as Competências de Grau de Mestre (Lei nº 74/2006), expandi e aprofundi os conhecimentos adquiridos durante o percurso académico; consolidei a habilidade de compreender e resolver problemas em contextos inovadores, particularmente ao executar um projeto de intervenção na família. Desenvolvi a capacidade de integrar conhecimentos, intervir com as famílias em situações complexas, encontrar soluções, promovendo reflexões sobre as implicações éticas e sociais. Além disso, este projeto proporcionou oportunidades para adquirir competências de aprendizagem ao longo da vida, de forma principalmente auto-orientada e autónoma, melhorando a habilidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios com clareza.

Este relatório foi elaborado para ser apresentado e discutido em provas públicas, alcançando os objetivos estabelecidos para a obtenção do título de mestre. Em resumo, durante esta jornada, aprimorei tanto as habilidades gerais quanto específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar, e simultaneamente as competências de mestre, as quais demonstrei neste relatório. No entanto, dado que o conhecimento, a prática de enfermagem e os serviços de saúde estão em constante evolução e atualização, este trabalho é contínuo e nunca pode ser considerado totalmente concluído.

As competências adquiridas supracitadas, possibilitarão reproduzir este projeto de intervenção no futuro, no contexto de trabalho em que presto cuidados à família.

## 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório, constitui um guia para a intervenção em enfermagem de família, que considera a promoção da saúde e a capacitação de indivíduos e família, integrando as competências de mestre e do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar.

Permitiu refletir sobre a prática de enfermagem e o papel do enfermeiro especialista na promoção de saúde e de estilos de vida saudável.

Neste processo de aprendizagem pela investigação concluí que, conhecer e intervir nos estilos de vida, é fundamental para um envelhecimento mais saudável e ativo.

Realizar um estudo de investigação constitui um percurso desafiador mas com alguns obstáculos a serem superados. Destacam-se a complexidade metodológica, os obstáculos éticos, e a limitada experiência em investigação. No entanto, estas dificuldades fazem parte do processo de aprendizagem e crescimento, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas, perseverança e criatividade. Ao enfrentar e superar estes desafios, adquirem-se *insights* valiosos e contribui-se significativamente para o avanço do conhecimento e melhoria dos cuidados prestados.

A realização dos estágios em contexto clínico possibilitou a aprendizagem, solidificação de conhecimentos e a aquisição de competências exigidas ao enfermeiro especialista em saúde familiar. Permitiu um desenvolvimento e valorização profissional pela complexa exigência técnica e científica. Pretendo manter-me no trilho da qualidade, prestando cuidados de excelência.

Desenvolver um trabalho de parceria com as famílias representa um desafio. A proximidade estabelecida pelo enfermeiro de família com as famílias, aliada ao seu profundo conhecimento e apreciação da história familiar, juntamente com um conjunto de conhecimentos, competências clínicas e humanas enquadrados na teoria, prática e reflexão, capacita-o para lidar eficazmente com as famílias a viver situações complexas.

O enquadramento teórico e a revisão *scoping* constituíram um pilar que suportou o trabalho desenvolvido, justificando a pertinência do mesmo.

Em suma, após a realização deste projeto, sou detentora de conhecimentos para impulsionar o meu percurso como enfermeira especialista em saúde familiar, mas com um grande desafio pela frente. O percurso profissional não é estanque e a procura de conhecimento e evolução profissional é essencial.

Futuramente, ambiciono promover estilos de vida saudável e intervir no sistema família desenvolvendo pesquisas nessa área, usando-as como uma valiosa ferramenta na minha vida profissional e pessoal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento Centros Saúde Estuário do Tejo (2019). Plano Local de Saúde 2018 – 2020. Unidade de Saúde Pública – Equipa do Observatório Local de Saúde.
- Alfaro-LeFevre, R. (2014). Applying nursing process. The foundation for clinical reasoning. (8th ed.). PA: Wolters Kluwer | Lippincott Williams and Wilkins.
- American Diabetes Association (2019). 5. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42 (Supplement 1) (Position Statement), S46-S60. doi:<https://doi.org/10.2337/dc19-S005>
- Aylward, P. (2010). *Betty Neuman's Systems Model*. In M. E. Parker & M. C. Smith, *Nursing Theories & Nursing Practice* (3ª ed., 182-201). F.A. Davis Company.
- Alzheimers Association (2023, Julho 19). Mini-Cog®- Quick Screening for Early Dementia Detection. <https://mini-cog.com/>
- Amendoeira, J. (2018). *Revisão Sistemática da Literatura – A Scoping Review*. Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Arantes, E (2021) Controle glicêmico através da atividade física: é possível? <https://beecorp.com.br/controle-glicemico-atraves-da-atividade-fisica-e-possivel/>
- Barbosa, G. S. (1996). Perguntas na terapia familiar sistêmica: Um panorama histórico. Monografia apresentada no programa de terapia de casal e família na PUC-SP. [WWW.sobrare.com.br](http://WWW.sobrare.com.br).
- Blake, T. & Blake, T. (2019). *Improving Therapeutic Communication in Nursing Through Simulation Exercise*. *Teaching and Learning in nursing*, 14, 260-264. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.06.003>
- Block- Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L., & Orsillo, S. M. (2007). *The case for mindfulness- based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern?* *Journal of marital and family therapy*, 33 (4), 501-516.
- Cabete, D. (2021). Empowerment: A Chave para a Concretização do Projeto de Saúde do Cliente e para a Promoção do seu Potencial de Saúde. In Eunice Henriques (Coord.) *O Cuidado centrado no cliente: da apreciação à intervenção em enfermagem* (pp. 243-255). Sabooks.

Cardoso, S (2023). *5 razões para caminhar 30 minutos por dia*.  
<https://www.cardio365.pt/prevenir/5-razoes-para-caminhar-30-minutos-por-dia/#>

Código Deontológico do Enfermeiro – Lei nº111/2009, de 16 de setembro de 2009.  
<https://dre.pt/pesquisa/-/search/490239/details/maximized>

Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). *O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistémica: revisão integrativa da literatura*. *O Mundo da Saúde*, 38, 473-481. DOI: 10.15343/0104-7809.20143804473481.

Davarniya, R, Zaharakar, K & Nazari, A. M. (2018). *The effectiveness of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) on Reducing Couple Burnout*. *J Research & Health*, 8 (2): 123-131.

Direção Geral da Saúde (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020). Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: modelo de intervenção e ferramentas. Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. Direção Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2018). Alimentação Saudável - Desafios e Estratégias. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-984097-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEf kPAAAA>

Direção Geral da Saúde (2019). Plano de ação para a literacia em saúde health literacy action plan Portugal. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2016). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2018). Promoção De Um Estilo De Vida Saudável Nos Bombeiros Portugueses. Direção Geral de Saúde. ISBN: Impresso – 978-972-675-276-9. 53p.

- Direção Geral da Saúde (2016). Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017). Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Direção Geral de Saúde. [https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2017/10/Obesidade\\_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servico-nacional-de-saude.pdf](https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servico-nacional-de-saude.pdf)
- Direção Geral da Saúde (2020). Estilos de Vida Saudável. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida.saudavel.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2022). Programa Nacional para a promoção da atividade física. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/relatorio-anual-20221.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2023). Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2013). Application of Nursing process and nursing diagnosis – an interactive text for diagnostic reasoning. (6th ed.). F. A. Davis Company
- European Commission (2017). Special Eurobarometer 472 - Sport and Physical Activity. <https://data.europa.eu/doi/10.2766/483047>
- European Commission (2022). Special Eurobarometer 525-Sport and Physical Activity. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>
- Faria, A., Martins, M. M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2020). *Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: Estudo de Caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), 36-41. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/95>
- Faria, J. (2011). O contexto familiar de portadores de diabetes tipo 2 na atenção básica à saúde. UFMG. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9D5G96>

- Fernandes, L. (2020). A terapia breve orientada para soluções (TBOS): Um caso de sucesso, com diagnóstico de bipolaridade. Comunicação apresentada no 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.
- Ferreira, R. W., Domingues, M. R. (2021). *Can your partner influence your physical activity? The role of social support provided by partners*. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 26, 1-9. Doi: 10.12820/rbafs.26e0195
- Ferreira, S., Périco, L., Lucena, A & Laurent, M. (2017). O processo de enfermagem como fundamento para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. In Ferreira, Périco & Dias. *Atuação do Enfermeiro na Atenção primárias à saúde* (51- 68). Atheneu.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: estudos de caso*. Sabboks Lusodidacta.
- Figueiredo, M., Néné, M. & Sequeira, C. (2023). *Enfermagem de saúde familiar: circularidade, totalidade, unicidade, globalidade, diversidade*. LIDEL
- Finlayson, B., Turn, B., & Smock Jordan, S. (2019). The use of solution-focused brief therapy with families. In B Turns, J. Ramisch, & J. Whiting (Eds.), *Systemically treating autism: A clinician's guide for empowering families* 8pp.79-85). New Routledge.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidata. ISBN: 9789898075185.
- Goes, A. (2019). Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções. <https://journals.ipl.pt/tecnologia/article/view/531>. Doi: <https://doi.org/10.25758/set.2237>
- Grove, S.; Sutherland, S. & Gray, J. (2017). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (8th Ed.). Elsevier.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Hruby, A., Manson, J.E., Qi, L., Malik, V.S., Rimm, E.B., Sun, Q., Willett, W.C. & Hu, F.B. (2016). Determinants and Consequences of Obesity. *Am J Public Health*. 106(9): 1656-62. doi: 10.2105/AJPH.2016.303326. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27459460; PMCID: PMC4981805

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). Indicadores Sociais 2021. Instituto Nacional de Estatística.
- International Diabetes Federation (2015). IDF Diabetes Atlas (7th edition). International Diabetes Federation.
- Lei n.º 12434/2019 (2019). Programa Nacional de Vacinação 2020. Direção Geral da Saúde Diário da República, 2ª série (N.º 250 de 30-12-2019). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Lei nº 74/2006 (2006). 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). Assembleia da República. Diário da República, 1ª Série A (Nº60/2006 de 24-03-2006), 2242-2257. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Lei nº 428/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Lei nº 140/2019 (2019). Regulamento competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N.º 26 de 6-02-2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Lei n.º 65/2018 (2018). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147 – 4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Lei n.º 744/2022 (2022). Plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Diário da República, 2ª série (Nº 12 de 18 de janeiro de 2022), 290-294.
- Lei n.º 102/2023 (2023) de 7 de Novembro. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República, I Série

(n.º215/2023, de 2023-11-07), 4 – 20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

- Lion, C. M. (2017). *Caminhando no contexto das práticas colaborativas e narrativas: Experiências profissionais transformadas*. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 57, 21-36.
- Lowry, L. W., & Aylward, P. D. (2015). *Betty neuman's systems model*. *Nursing theories & nursing practice*, 4, 165-184.
- LundinGurné, F.; Jakobsson, S.; Lidén, E. & Björkman, I. (2023). *District nurses' perspectives on health-promotive and disease-preventive work at primary health care centres: A qualitative study*. *Journal of Caring Sciences*, 37(1): 153-162. 10p. ISSN: 0283-9318. <https://doi.org/10.1111/scs.13100>
- Kalache, A. (2014). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Estado*. Fundação Getúlio Vargas.
- Mateos-Lardiés, A.M., Pilar López-García, Morillo, D., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J.M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J.L., Cabello, M., & Miret, M. (2022). *Relación entre los estilos de vida saludables y el bienestar subjetivo: estudio observacional europeo* (Vol. 96). *Revista Española de Salud Pública*. [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdr\\_om/VOL96/ORIGINALES/RS96C\\_202210078.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202210078.pdf)
- Mendes, A. J., Ponte, K. M., Farias, M. S. (2015). Cuidados de enfermagem para adesão, por idosos de hábitos saudáveis de vida, com base na Teoria da Promoção da Saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 18 (4), 269-287. Doi: 10.23925/2176-901X.2015v18i4p269-287
- Merck Sharp & Dohme, Portugal (2021). Controlo da diabetes. <https://controlaradiabetes.pt/controlo-da-diabetes/disfuncao-eretil-no-diabetico>.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. Guilford Press.
- Ministério da Saúde, (2009) Diabetes. <https://bvsmis.saude.gov.br/diabetes>
- Moraga, S. (2014). El enfoque centrado em soluciones en la terapia de parejas-presentación de caso clínico. (Programa tutorial para acceder a acreditación clínica). Instituto Terapia Centrada en soluciones Latinoamérica.
- Nações Unidas. (2019, julho 12). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. <https://unric.org>

- Nahas, M.V. (2003). *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável* (3 ed.). Londrina: Midiograf.
- Nahas, M.V. (2006). *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (4.ed.). Londrina: Midiograf.
- Nahas, M. V. (2017). *Atividade física e qualidade de vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo. (7a ed.)*. Markus Vinicius Nahas.
- Neuman, B. (1982). *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice*. Appleton-Century-Crofts
- Neuman, B. (1983). Family intervention using the Betty Neuman Health Care Systems Model. In I. W. Clement's & F. B. Robert's (Eds.). *Family Health: A Theoretical Approach to nursing Care*. John Wiley.
- Neuman, B.& Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model (5th ed)*. Upper Saddle, NJ: Pearson.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. Harrison. Reprinted 1980. Churchill Livingstone.
- Novis, A. L., & Abdalla, L. H. (2013). *A despensa da vida. Nova Perspectiva Sistêmica*, XXII, (45), 25-33.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). "*Diabetes prevalence*", in *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing. DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-15-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-15-en)
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na EU. Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. OCDE. ISBN 9789264387508 (PDF) Series: State of Health in the EU SSN 25227041
- Ordem dos enfermeiros, I CN. (2015). CIPE. Versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos enfermeiros, (2022). Dia Mundial do Sono. Conselho de enfermagem regional.  
Ordem dos Enfermeiros  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/acoresh/noticias/conteudos/dia-mundial-do-sono-2022/>
- Organização Mundial da Saúde (2022). Atividade física. Organização Mundial de Saúde.  
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Palazzoli, M.Boscolo, L., Cechin, G., & Prata, G.(1980). *Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conductor of the session*. *Family Process*, 19(1): 3-10.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer do conselho de enfermagem N° 53/2021. Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Park, D., Hamada, T., Nakai, T., Ohtsuka, Y., Yoshida, T., Wakunami, Y., Lee, Y., Kamimoto, M., Inoue, K., & Taniguchi, S. (2019). Influence of community based approach to improve risk factors of life styles diseases by Japanese Public health nurses: a case control study. *Australian Journal of General Practice*, 48 (10), 713 – 721.  
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.67887937963784>
- Paschoal, V. N. & Grandesso, M. (2014). *O uso de metáforas em terapia narrativa: Facilitando a construção de novos significados*. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 48, 24-43.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa) Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.  
[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE\\_FINAL\\_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf).
- Paul, J. R., Cintra, D.E., Souza, C.T.& Ropelle, E.R. (2009). *New mechanisms by which physical exercise improves insulin resistance in the skeletal muscle*. Revisões. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia Metabologia* 53 (4). <https://doi.org/10.1590/S0004-27302009000400003>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

Projeto de lei n.º 402/VIII (2001). Lei de bases da família. Aprovado por unanimidade a 3 de Abril de 2001. Assembleia da República. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c315a4a53556c4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d4576596a557a4e5468685a6a6b744e6a646a4d4330304e6d45794c574977595455744d6d5579596a63784e6d566b5a57597a4c6d527659773d3d&fich=b5358af9-67c0-46a2-b0a5-2e2b716edef3.doc&Inline=true>

Regulamento nº 428/2018 (2018). Procede à regulamentação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Rodrigues, F. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon Internacinal Press. ISBN: 978-989-37-0080-8.

Rodriguez-Mooréjon, A. & Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo com soluciones en terapia familiar sistémica. Cuadernos de terapia familiar, 34, 39-56.

Ross, B., (2005). In Hanson, S., (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. (2ª. ed.). Lusociência.

Rhodes, R. E , Guerrero, M.D, Vanderloo, L.M., Barbeau, K., Birken, C.S. , Chaput, J.P. , Faulkner, G. , Janssen, I. , Madigan, S. , Mâsse, L.C. , McHugh, T. L., Perdew, M. , Stone, K., Shelley, J., Spinks,N., Katherine A. Tamminen, K. A., Tomasone, J.R. , Ward, H., ... Tremblay, M.S. (2020). *Development of a consensus statement on the role of the family in the physical activity, sedentary, and sleep behaviours of children and youth*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 17:74. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00973-0>

Rubak, S., Sandbock, A., Lavritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice, 55: 305-312

Sackett, L., Strauss, S., Richardson, S., Rosenberg, W. e Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Chuechill Livingstone

Scott, P. (2017) *Key Concepts and Issues In Nursing Ethics*. Cham: Springer International Publishing.

- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel-Edições Técnicas Lda. ISBN: 978-989-752-168-3.
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.). BI-CSP Bilhete de identidade dos cuidados saúde primários.BI-CSP. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30024/3114371/Pages/default.aspx>
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2011). *Adaptação e validação do questionário “Estilo de Vida Fantástico”*: Resultados psicométricos preliminares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(Supl.), 650.
- Silva, L.; Bicudo, V. (2022). Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: Santos, T.; Silva, L.; Machado, T. (Orgs.) (2022). *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises*. Mórula. p. 115-131. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51905>
- Silva, L. W. S., Gonçalves, L. H. T., da Silva, D. S., & Silva, A. L. (2011). Construindo o balance familiar: Uma análise compreensiva da dinâmica familiar com pessoa idosa portadora de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Kairós-Gerontologia*, 14, 243-261.
- Thongduang, K., Boonchieng, W., Chautrakarn, S.& Ong-Artborirak, P. (2022). *The Influence of Family Caregiver Knowledge and Behavior on Elderly Diabetic Patients’Quality of Life in Northern Thailand*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19, 10216. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610216>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6a Edição: Lusociência.
- World Health Organization (2021). Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet. World Health Organization. ISBN 978-92-4-001834. World Health Organization. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).
- World Health Organization (2022). WHO European Regional Obesity Report (2022). World Health Organization.. ISBN: 978-92-890-5773-8. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- Wright, L.& Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família* (5ª edição). Roca.

Zatloukal, L., Zakovsky, D.& Bezdicková, E. (2019). *Utilizing Metaphors in Solution-Focused Therapy in Contemporary Family Therapy*©. SpringerScience\$ Business Media, LLC. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9468-8>.