



CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SENTIDO DE VIDA NA FAMÍLIA COM ELEMENTO COM DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Vânia Filipa Vieira de Sousa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de
Saúde Familiar

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA, EM CONTEXTO DE UNIDADE DE SAÚDE
FAMILIAR**

Leiria

abril de 2026



Relatório de estágio apresentado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob orientação científica da Doutora Teresa Kraus, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria

abril de 2026

“No meio do inverno, descobri, finalmente, que existe em mim um invencível verão.”

Albert Camus, 1953

Agradecimentos

As palavras são escassas para expressar a gratidão que sinto pelas pessoas que me apoiaram nesta caminhada.

Aos meus filhos, pelo tempo que deixaram de estar com a mãe e por todo amor, mesmo quando a minha tolerância estava diminuída pelo cansaço. Pelos dias que não fui a melhor mãe para me dedicar a este projeto e naqueles em que quis desistir e me encorajaram a continuar.

Aos meus pais, irmãos e cunhadas, por sempre acreditarem em mim, por me terem ouvido tantas vezes nos momentos de maior incerteza e cansaço.

À Catarina companheira desta jornada, sem ela não teria sido possível, grata por ter estado sempre lá quando mais precisava.

A todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram a percorrer este caminho: à equipa multidisciplinar da USF [REDACTED], pela receção e integração; às famílias, por partilharem comigo um pouco de si; à minha orientadora de estágio [REDACTED], pela sua inteira disponibilidade e colaboração; e um agradecimento especial à Professora Doutora Teresa Kraus pela orientação, apoio e incentivo.

A todos, o meu muito obrigada!

Resumo

Introdução: A doença crónica constitui um grave problema de saúde pública, afetando em Portugal cerca de 42% da população, sendo um dos países europeus com maior prevalência desta condição. A sua experiência no seio familiar representa um processo de transição complexo que desafia a identidade, os papéis e os projetos de vida dos seus membros, convocando inevitavelmente a necessidade de reconstrução de um significado para aquela vivência. Perante o sofrimento associado à doença crónica, a capacidade de encontrar sentido na vida, apesar da experiência, revela-se determinante para a adaptação familiar, influenciando a forma como a família enfrenta a adversidade, reorganiza os seus recursos e mantém a esperança. Neste contexto, a dimensão espiritual emerge como um reconhecido mecanismo de adaptação, fundamental para o alívio do sofrimento pela descoberta de sentido e atribuição de significado à vida. O enfermeiro de saúde familiar, pelo conhecimento aprofundado que desenvolve da família, encontra-se numa posição privilegiada para apoiar este processo. A escassez de evidência sobre o conhecimento dos enfermeiros relativamente ao sentido de vida em contexto familiar, fundamentou a realização de uma revisão integrativa da literatura.

Objetivos: Conhecer a importância que os enfermeiros atribuem ao sentido de vida das famílias com um elemento com doença crónica.

Metodologia: Conduziu-se uma revisão integrativa da literatura, tendo sido definida uma estratégia de pesquisa sistemática, desenvolvida com base na questão de investigação e na estrutura PCC. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCOhost) e SciELO. Não foram aplicadas restrições quanto ao idioma ou à data de publicação, dada a escassez de literatura sobre o tema, com o objetivo de maximizar a amplitude da pesquisa. Foram, no entanto, definidos critérios de elegibilidade quanto ao tipo e conteúdo dos estudos, considerando elegíveis estudos empíricos que abordassem o conhecimento, as perceções ou as conceções dos enfermeiros relativamente ao sentido de vida em contextos de doença crónica, incluindo, explicitamente ou implicitamente, a família como unidade do cuidado. Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos e de metodologia mista com texto integral disponível. Excluíram-se artigos que focassem exclusivamente em cuidados paliativos ou fim de vida.

Resultados: Quatro estudos preencheram integralmente os critérios de inclusão e foram incluídos na revisão integrativa. Estes artigos abordam o conhecimento, as perceções ou as conceções dos enfermeiros relativamente às dimensões associadas ao sentido de vida no contexto da doença crónica, foram publicados entre 1996 e 2017 e desenvolvidos na Noruega, na Bélgica, no Brasil e na Colômbia. Todos os estudos incluíram enfermeiros como população-alvo. Contudo, apenas um estudo aborda explicitamente o conhecimento conceptual dos enfermeiros sobre o significado atribuído à vida no contexto do cuidado. Nos restantes estudos, o conhecimento sobre o sentido de vida surge de forma implícita, inferido a partir das perceções, práticas e discursos dos enfermeiros.

Relativamente ao contexto familiar, a família é abordada de forma explícita em apenas um estudo, surgindo nos restantes como contexto relacional indireto ou não sendo claramente operacionalizada.

Conclusão: Os resultados evidenciam uma lacuna clara na literatura sobre o conhecimento dos enfermeiros relativamente à importância do sentido de vida na família com um elemento com doença crónica. O

conhecimento existente surge maioritariamente de forma implícita, derivado das práticas relacionais e espirituais, sendo a família raramente abordada como destinatária direta deste cuidado.

Estes resultados reforçam a necessidade de integrar de forma sistemática a dimensão espiritual e a CoCIP na formação e investigação, facilitando o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na orientação de famílias vulneráveis, com elemento com doença crónica, na descoberta de sentido nas suas vidas e promoção do seu consequente valor terapêutico, o controlo sobre do sofrimento inevitável.

Palavras-chave: conhecimento, enfermeiros, sentido de vida, família, doença crónica.

Abstract

Introduction: Chronic disease represents a serious public health problem, affecting approximately 42% of the population in Portugal, making it one of the European countries with the highest prevalence of this condition. The experience of chronic disease within the family represents a complex transition process that challenges the identity, roles, and life projects of its members, inevitably calling for the need to reconstruct meaning from that experience. Faced with the suffering associated with chronic disease, the ability to find meaning in life, despite the experience, proves to be decisive for family adaptation, influencing the way the family faces adversity, reorganizes its resources, and maintains hope. In this context, the spiritual dimension emerges as a recognized adaptation mechanism, fundamental for the relief of suffering through the discovery of meaning and attribution of significance to life. The family health nurse, through the in-depth knowledge developed of the family, is in a privileged position to support this process. The scarcity of evidence on nurses' knowledge regarding the meaning of life in a family context grounded the conduct of an integrative literature review.

Objective: To understand the importance that nurses attribute to the meaning of life of families with a member with chronic disease.

Methodology: An integrative literature review was conducted, with a systematic search strategy developed based on the research question and the PCC framework. The search was carried out in the electronic databases MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCOhost), and SciELO. No restrictions were applied regarding language or publication date, given the scarcity of literature on the topic, with the aim of maximizing the breadth of the search. However, eligibility criteria were defined regarding the type and content of the studies, considering eligible empirical studies that addressed nurses' knowledge, perceptions, or conceptions regarding the meaning of life in chronic disease contexts, including, explicitly or implicitly, the family as the unit of care. Quantitative, qualitative, and mixed-method studies with full text available were included. Articles focusing exclusively on palliative care or end of life were excluded.

Results: Four studies fully met the inclusion criteria and were included in the integrative review. These articles address nurses' knowledge, perceptions, or conceptions regarding dimensions associated with the meaning of life in the context of chronic disease, were published between 1996 and 2017, and were conducted in Norway, Belgium, Brazil, and Colombia. All studies included nurses as the target population. However, only one study explicitly addresses nurses' conceptual knowledge of the meaning attributed to life in the context of care. In the remaining studies, knowledge about the meaning of life emerges implicitly, inferred from nurses' perceptions, practices, and discourses. Regarding the family context, the family is explicitly addressed in only one study, appearing in the remaining ones as an indirect relational context or not being clearly operationalized.

Conclusion: The results highlight a clear gap in the literature regarding nurses' knowledge of the importance of the meaning of life in families with a member with chronic disease. Existing knowledge emerges mostly implicitly, derived from relational and spiritual practices, with the family rarely addressed as the direct recipient of this care. These results reinforce the need to systematically integrate the spiritual dimension and CoCIP into training and research, facilitating the Family Health Nursing Specialist in guiding vulnerable families with a

member with chronic disease in the discovery of meaning in their lives and the promotion of its consequent therapeutic value, the control over inevitable suffering.

Keywords: knowledge, nurses, meaning of life, family, chronic disease.

Siglas e Acrónimos

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

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

CBF - Cuidar Baseado nas Forças

CoCIP - Competência para o Cuidado Incondicional Proativo

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ELI - Equipa Local de Intervenção

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

ICN - *Internacional Council of Nurses*

ICPC - *International Classification of Primary Care*

IDE - Índice de desempenho da Equipa

IDG - Índice de desempenho Global

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF- Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF - Modelo de Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MNA-SF- *Escala Mini Nutricional Assessement Short-Form*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCC - População, Conceito, Contexto

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

PNS - Plano Nacional de Saúde

PRISMA-S - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Search Extension*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS RL - Unidade Local de Saúde Região de Leiria

USF - Unidade de Saúde Familiar

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Índice

Índice	viii
Índice de Figuras.....	x
Índice de Tabelas	xi
Índice de Quadros	xii
Introdução.....	1
1.Contexto de Aquisição de Competências.....	2
1.1 – Contextos da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar	2
1.2 – Caracterização do Local de Estágio	4
1.3 – Caracterização dos utentes do ficheiro do enfermeiro de família	8
2. Fundamentação Teórica	12
2.1. Família e Saúde Familiar.....	12
2.2. Modelos de Enfermagem e os seus contributos para a Enfermagem de Saúde Familiar	13
2.3. Doença crónica, sentido de vida e o conhecimento dos enfermeiros	18
3. ...Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área de Saúde Familiar	25
3.1.1. Responsabilidade Ética e Deontológica	25
3.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade	28
3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados	31
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	35
3.2. Competências Específicas	36
3.2.1. Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	37
3.2.2. Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar .	42
4. Prática Especializada Baseada na Evidência - Revisão Integrativa da Literatura.....	44
4.1. Introdução	44
4.2. Metodologia	46
4.3. Resultados	50
4.4. Discussão	53
4.5. Conclusão	57
4.6. Implicações na prática clínica	58

Conclusão.....	60
Referências Bibliográficas	62
Apêndices.....	
Apêndice 1 – Processo de Enfermagem à Família	
Apêndice 2 – Formação: A importância do Sentido de vida na Família com um elemento com Doença Crônica e O Cuidar Baseado nas Forças.....	
Apêndice 3 – Extração de Dados dos estudos	

Índice de Figuras

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos.....	6
Figura 2 - Índice de Desempenho Global da USF.....	7
Figura 3 - Índice de Desempenho da Equipa da USF.....	8
Figura 4 - Número de famílias do ficheiro de família da enfermeira orientadora	9
Figura 5 - Distribuição etária por género, dos utentes inscritos no ficheiro de família da enfermeira orientadora	9
Figura 6 - Top 20 dos ICPC mais codificados no ficheiro da enfermeira de família	10
Figura 7 - Diagrama Ramificado do Modelo Calgary de Avaliação Familiar	14
Figura 8 - Relação pessoa-a-pessoa. (conceptualizada por William Hobbie e Theresa Lansiger com base nos escritos de Joyce Travelbee.	18
Figura 9 - Diagrama de fluxo prisma 2020 do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa	51

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Número de utentes inscritos e vigiados por programa de saúde do ficheiro de família da enfermeira orientadora.	11
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da responsabilidade ética e deontológica	26
Quadro 2 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da melhoria da qualidade	29
Quadro 3 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da gestão de cuidados	33
Quadro 4 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	35
Quadro 5 - Competência específica: 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- unidade de competência e atividades realizadas	38
Quadro 6 - Competência específica: lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar - unidade de competência e atividades realizadas	42
Quadro 7 - Modelo PCC (população, conceito, contexto).....	47
Quadro 8 - Estratégia de pesquisa nas bases de dados	48
Quadro 9 – Síntese dos Estudos incluídos	53

Introdução

O presente relatório está integrado no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria no âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (USF/UCSP).

O estágio final tem como desígnio integrar o conhecimento apreendido e desenvolvido ao longo do período teórico e nos ensinamentos clínicos precedentes. Teve como objetivos desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019 e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, ambos da Ordem dos Enfermeiros, serviram como principais guias orientadores para a realização do atual relatório.

Com este relatório pretende-se descrever e analisar crítico-reflexivamente processos e resultados das experiências vivenciadas ao longo de todo o percurso teórico, prático e profissional, refletindo o cumprimento dos objetivos, demonstrando a aquisição dos descritores de Dublin, nomeadamente: Conhecimento e capacidade de compreensão; Aplicação de conhecimentos e compreensão; Realização de julgamento/tomada de decisões; Comunicação; e Competências de autoaprendizagem.

Ser enfermeiro especialista implica autoconhecimento e ter consciência da influência pessoal na relação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Nesta continuidade e considerando que essência de enfermagem é “estar completamente presente na transformação de nós próprios e dos outros, enquanto procuramos o significado nas vidas das pessoas que têm atravessado momentos críticos nas suas vidas” Gotlieb (2026, p.326), surgiu a motivação para a escolha do tema da Revisão Integrativa: “O conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família com elemento com doença crónica”.

Deste modo, aceder a formação de qualidade que confira novos conhecimentos e capacidades, além de aumentar o sentido de *know how* e contribuir para requalificação profissional, fomenta a satisfação pessoal (Neto et al., 2022).

Este relatório apresenta-se organizado em 4 capítulos: no primeiro faz-se uma descrição sumária do contexto da prática clínica de enfermagem de saúde familiar, a caracterização do local de estágio e uma breve caracterização dos utentes do ficheiro de família da enfermeira orientadora; no segundo capítulo procede-se a uma sucinta fundamentação teórica que contextualiza a família como foco dos cuidados, os modelos de enfermagem que serviram de orientação para a prática em estágio e termina com uma abordagem ao tema em estudo; segue-se o terceiro capítulo, onde se demonstra como se adquiriram e desenvolveram as competências comuns e específicas que são esperadas de um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de saúde familiar; e por fim no último capítulo conduz-se uma revisão integrativa da literatura, cujo tema é “Conhecimento dos Enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família com elemento com doença crónica: Revisão Integrativa”, seguindo o referencial metodológico de Whittemore e Knafl (2005), com recurso ao fluxograma PRISMA para reporte da seleção dos estudos.

1. Contexto de Aquisição de Competências

A Enfermagem de Saúde Familiar tem vindo a consolidar-se, quer no plano teórico, através do desenvolvimento de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, quer no plano da investigação, fruto de uma mudança de paradigma que coloca a família no centro do estudo. O conhecimento produzido nesta área tem demonstrado impacto direto na saúde familiar, contribuindo para uma progressiva transição de um paradigma centrado na doença e no indivíduo para um paradigma orientado para a família e para a saúde (Figueiredo, 2023).

1.1 – Contextos da Prática Clínica de Enfermagem de Saúde Familiar

A Carta de Ottawa (1986) constituiu o primeiro marco no enquadramento colaborativo dos cuidados de saúde, ao reconhecer que, na promoção da saúde, o utente, a família e a comunidade assumem um papel central nos processos de decisão, em articulação com os profissionais de saúde. Neste documento, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação das pessoas para exercerem controlo sobre a sua própria saúde, integrando uma visão multidimensional da mesma (Melo, 2023).

Em Portugal, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, o Plano Nacional de Saúde (PNS) como instrumento estratégico orientado para a obtenção de ganhos em saúde, através da definição de prioridades, instrumentos e mecanismos necessários à concretização dos objetivos de política de saúde. Este documento constituiu-se como um guia de ação para o período de 2004 a 2010, assumindo uma orientação preventiva nas suas vertentes primária, secundária e terciária. Entre as principais linhas estratégicas do PNS 2004–2010, destacam-se a centralidade do cidadão e a adoção de uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde, 2004).

O PNS 2012–2016, em consonância com o plano anterior, enfatizou a corresponsabilização do cidadão nas suas escolhas em saúde, atribuindo particular relevância às famílias, sobretudo no âmbito da promoção da saúde e da modificação de comportamentos (Direção-Geral da Saúde, 2013a).

Por sua vez, o Programa do XXI Governo Constitucional (2016–2019), desenvolvido em contexto pós-crise económica em Portugal, orientou as políticas de saúde para a melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde e para o aumento da qualidade dos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), com impactos positivos no estado de saúde da população. Com a extensão do plano até 2020, foi reforçado o papel da família, da comunidade e da sociedade como contextos potenciadores da saúde, promovendo-se a visão do cidadão como agente ativo no processo de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O atual PNS (2021–2030) é o primeiro a abranger um horizonte temporal de dez anos, encontrando-se alinhado com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Assenta no pressuposto de que a governação em saúde deve ser realizada em proximidade, devendo o PNS articular-se com os Planos Regionais e Locais de Saúde, de forma a assegurar respostas diferenciadas e ajustadas aos diversos problemas e contextos territoriais (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Neste enquadramento estratégico e político, orientado para a centralidade do cidadão, da família e da comunidade, para respostas de proximidade, importa destacar a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal. Em 2025 assinalaram-se 20 anos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro, que determinou a criação de uma Estrutura de Missão para os CSP, dando origem

à implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) (USF-AN (Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, 2025).

A reforma dos CSP de 2005, fez evoluir os cuidados, alterou a forma como os profissionais estão nos serviços, permitiu o acesso a serviços de saúde essenciais, melhorou a relação entre cidadãos e equipas de saúde e otimizou resultados, tendo colocado os CSP de Portugal como alvo da atenção internacional pela sua singularidade e pelos resultados que conseguem alcançar (USF-AN (Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, 2025).

As USF assumem-se como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, emergindo como contexto para direccionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar.

A par desta evolução o percurso de afirmação da enfermagem de saúde familiar é refletido na criação do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, em 2010, posteriormente confirmado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Figueiredo et al., 2023).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade (OE, 2023). A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

A consolidação de uma prática avançada em enfermagem de família requer a compreensão da família, como unidade em transformação através do paradigma integrativo que procura o entendimento da sua complexidade e multidimensionalidade, numa abordagem dialética da historicidade e do contexto (Figueiredo, 2012).

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram mudanças significativas na estrutura e na organização familiar, associadas a alterações sociodemográficas que conduziram a novas necessidades de saúde (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

Para o efeito, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF) aplica conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, tomando como foco o processo familiar e família enquanto unidade de cuidados, bem como as necessidades das pessoas que a integram, perspetivando-as em termos espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais (OE, 2023).

A OE (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho) identifica 6 categorias de enunciados descritivos fundamentais para compreender a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e para a aplicação prática nas atitudes dos enfermeiros: satisfação dos clientes (procura dos mais elevados níveis de satisfação da família); promoção da saúde (ajuda a família a alcançar o máximo potencial de saúde); prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem.

O EEESF, de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, assumir-se-ia como o profissional de referência, responsável pelo acompanhamento especializado da família, prevendo-se o seu desenvolvimento no contexto dos CSP, nomeadamente nas unidades funcionais de cuidados de saúde à família (USF e UCSP) (Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho).

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro), procedeu à criação de novas Unidades Local de Saúde (ULS), através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), adotando o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto

do SNS. Esta alteração visa 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. Pretende-se com esta integração alcançar uma maior eficiência na gestão dos recursos públicos, garantindo e respeitando o papel fundamental dos municípios no planeamento, organização e gestão do funcionamento da resposta em saúde à população de determinada área geográfica, potenciando a proximidade e a gestão em rede (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro).

De acordo com o mesmo diploma, as ULS destacam-se como estabelecimentos de saúde com competência para garantir a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro).

Por sua vez, as USF são definidas como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituídas por equipas multiprofissionais de adesão voluntária, integrando médicos, enfermeiros e assistentes técnicos (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

A relação entre ambos é regulamentada pelo manual de articulação, que faz parte integrante do processo de contratualização anual.

1.2 – Caracterização do Local de Estágio

A USF [REDACTED] é uma Unidade de Saúde Familiar que pertence à Unidade Local de Saúde Região de Leiria, no seguimento do (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro). Está integrada no Centro de Saúde [REDACTED] e iniciou a sua atividade a 4 de dezembro de 2023 na sequência do Decreto-Lei nº 103/2023.

O Concelho [REDACTED] tem cerca de 264km² e 23.211 habitantes (dados de 2021) é de média dimensão e um dos dezasseis concelhos do distrito de Leiria, que se encontra inserido nas Serras de Aire e Candeeiros.

A área de influência desta USF, abrange sete freguesias do concelho: União das freguesias de S. Pedro e S. João (Vila de Porto de Mós), Freguesia de Mira de Aire; Freguesia de Serro Ventoso; Freguesia de S. Bento; União das Freguesias de Arrimal e Mendiga, Freguesia de Alqueidão da Serra e União de Freguesias de Alvados e Alcária.

A USF [REDACTED] funciona em 3 pólos: Pólo 1 em [REDACTED]; Pólo 2 em Mira de Aire e Pólo 3 na Serra d'Aire (Serro Ventoso). Tendo em conta que os estágios decorreram no Pólo 1, será realizada apenas a caracterização sumária do ambiente físico do Polo 1.

A USF [REDACTED], Pólo 1, localiza-se no edifício do Centro de Saúde [REDACTED]. O Edifício é constituído por 2 pisos: o rés-do-chão e a cave. Considerando a entrada principal do edifício, do lado direito do mesmo, encontram-se os gabinetes do Serviço de Atendimento Complementar, os gabinetes de psicologia e higiene oral, a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); do lado esquerdo localiza-se a USF que se divide em 4 zonas: zona A, B, C e D com 4 salas de espera e 4 administrativas respetivamente. Na cave (pisso -1) situam-se vários gabinetes com utilizações diversas, uma sala de reuniões, a copa, um gabinete da UCC onde decorrem aulas de preparação para o parto, um gabinete para Equipa Local de Intervenção (ELI), lavandaria própria, armazém de material clínico, 2 salas para a higienização do material e esterilização, sala de resíduos, grupo III e IV, com acesso direto ao exterior, e casas de banho.

Relativamente à sua estrutura interna esta USF é constituída por uma equipa multiprofissional de oito médicos, nove enfermeiros, sete assistentes técnicos e dois assistentes operacionais.

A USF conta ainda com a colaboração de outros profissionais nomeadamente, Assistentes Operacionais cedidas pelo município; um Psicólogo Clínico e uma Técnica de Serviço Social pertencente à ULS e com a colaboração da Unidade de Saúde Pública, o Gabinete do Cidadão e UCC.

O compromisso assistencial da USF tem por base a carteira básica de serviços contratualizada, que compreende a execução das seguintes atividades: consulta de doença aguda; consulta de saúde do adulto; consulta de planeamento familiar / rastreio oncológico; consulta de saúde materna; consulta de saúde infantil e juvenil; consulta de diabetes; consulta de hipertensão arterial; visita domiciliária; consulta não presencial; consulta de intersubstituição e consulta de enfermagem.

Cada médico e enfermeiro tem um horário definido, exposto à entrada da USF, onde constam consultas programadas de várias áreas de atuação, consultas de situações agudas, consultas de intersubstituição, consultas domiciliárias e contactos indiretos. Todos os serviços encerram das 14h às 17h de 3ª Feira para a reunião semanal da equipa.

A USF garante a continuidade e integração dos cuidados, pelo que a ausência do médico, enfermeiro ou assistente técnico (férias, formação, doença, ou outro motivo), não compromete a prestação de cuidados essenciais e a sua substituição ficará atempadamente estabelecida.

A cada situação será dada resposta de acordo com a particularidade da mesma, a abordagem inicial do utente inicia-se junto do assistente técnico e o utente será orientado dentro da USF de acordo com o fluxograma para o circuito do utente.

Fora do horário de funcionamento, os locais de atendimento de situações agudas são a consulta de atendimento complementar do Centro de Saúde de Porto de Mós, aos sábados, domingos e feriados entre as 9h e as 13h, assegurada pelas duas USF do Concelho.

A estrutura orgânica da USF é constituída pelo coordenador da USF, o conselho técnico e o conselho geral que integra todos os profissionais da USF, não existindo uma hierarquia pré-estabelecida, cada um com direito a votar todas as questões relacionadas com a USF, no seio do seu Conselho Geral, o que permite manter uma proximidade essencial para o bom funcionamento da Unidade.

Numa USF, o conselho técnico é constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, selecionados pelos elementos de cada grupo profissional ao qual pertencem. É da sua competência "(...) a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade." (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, art. 14º). O funcionamento do conselho técnico consta também do regulamento interno da USF.

São instrumentos desta USF o Regulamento Interno com os anexos, a Carta de Qualidade, o Manual de Procedimentos, o Plano de Ação, a Carta de Compromisso e o Registo de Incidentes.

Esta tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, da área geográfica, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto). A sua visão é obter um elevado nível de eficácia e satisfação dos utentes e dos profissionais, assim como a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A prestação dos cuidados de saúde está organizada com base no modelo de equipa de família, composta por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, responsáveis pela mesma lista de utentes. Cada micro equipa monitoriza a sua atividade no sentido de cumprir as metas contratualizadas.

Segundo os dados de março de 2025, a USF tinha um total de 15104 utentes inscritos, dos quais 7702 eram do sexo feminino e 7402 do sexo masculino, distribuídos pelos seguintes grupos etários como apresenta a Figura 1.

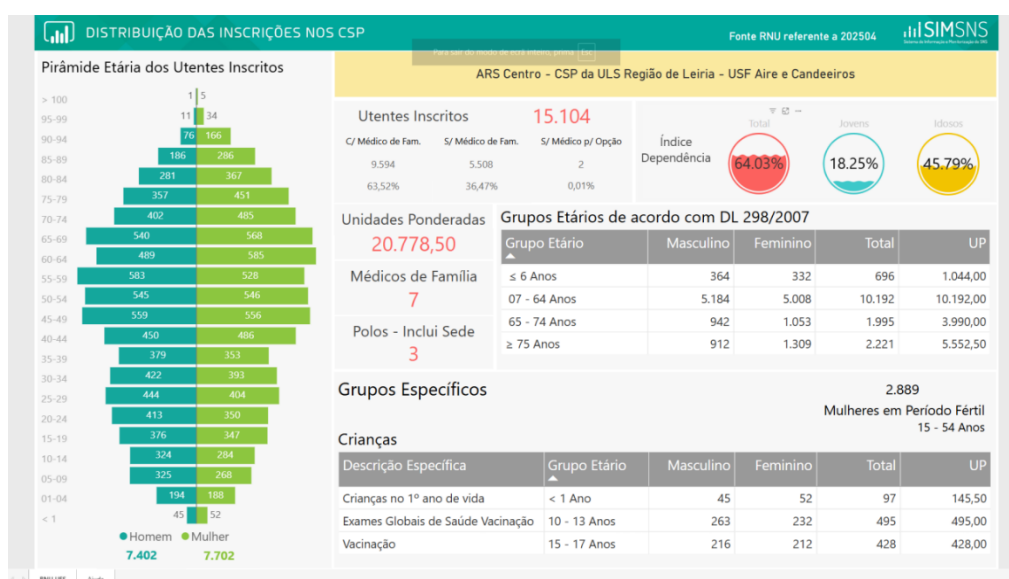


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos

Fonte: Print screen do site Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde primários (BI-CSP), março de 2025

O índice de dependência total, definido como a relação entre a população jovem e idosa (população dependente) e a população em idade ativa (adulta), é de 64,03%, com 45,79% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 18,25% de dependência de jovens (< 15 anos). No que se refere à população feminina, 19,2% do total da população inscrita na USF são mulheres em idade fértil (dos 15 aos 54 anos).

A USF [REDACTED] está organizada de acordo com o modelo B e rege-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 103/2023 (de 7 de novembro). Este modelo corresponde a uma fase de maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva e cujo nível de contratualização de patamares de desempenho é mais exigente, com modelo retributivo e de incentivos aos profissionais da unidade (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

Ao analisar os indicadores da unidade, torna-se necessário fazer a distinção entre o Índice de Desempenho Global (IDG) e o Índice de Desempenho da Equipa (IDE). O IDG era o indicador utilizado no modelo anterior de avaliação das USF, definido na Portaria n. 212/2017 (revogada pela Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro). Apesar de já não constar na legislação em vigor, o IDG continua a ser apresentado no BI-CSP, refletindo a transição gradual dos sistemas de informação para o novo modelo.

O IDG avaliava o desempenho global da USF através de dimensões como como indicadores de acesso, qualidade clínica, eficiência e satisfação dos utentes, acesso, qualidade clínica, eficiência e satisfação dos utentes. Nesta USF, o IDG é de 57,90, conforme ilustrado na Figura 2, traduzindo um desempenho global moderado e evidenciando áreas de melhoria.

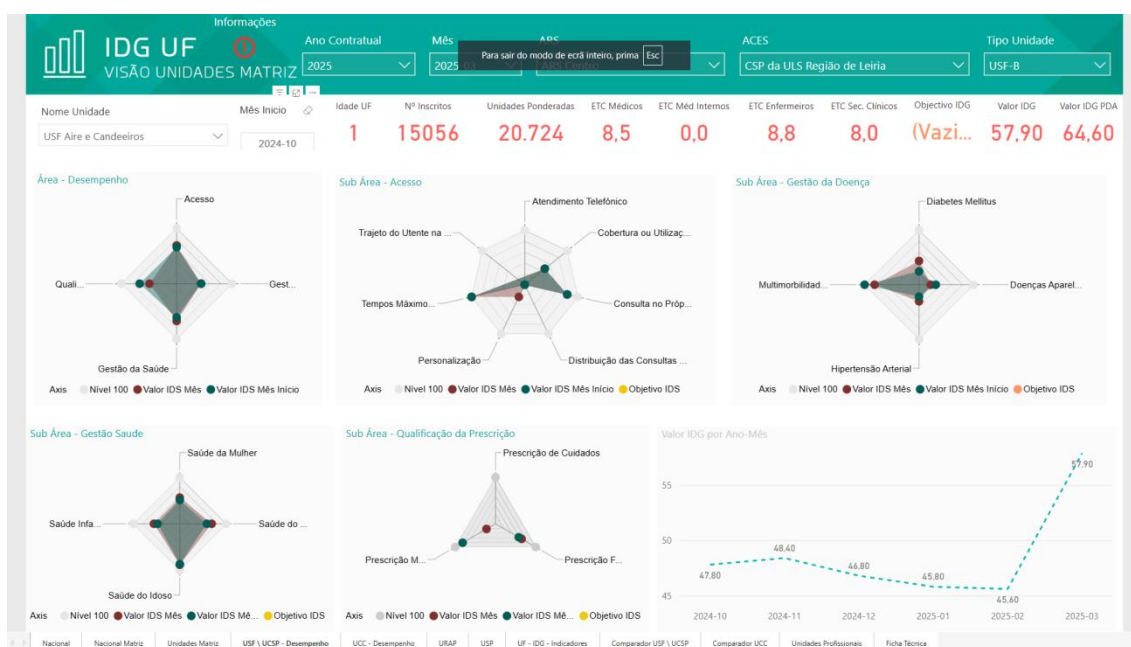


Figura 2 - Índice de Desempenho Global da USF

Fonte: *print screen* do site BI- CSP, março de 2025

Com a entrada em vigor da Portaria n.º 411-A/2023 (de 5 de dezembro), o modelo de avaliação foi reformulado, passando a ser utilizado o Índice de Desempenho da Equipa (IDE) que assenta no trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional, considerando as dimensões de acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição e integração de cuidados. O resultado do IDE é expresso numa escala de 0 a 100, arredondado às décimas.

É o índice usado para avaliar o desempenho específico da equipa multiprofissional da USF, sobretudo com vista a efeitos remuneratórios, servindo de base para o pagamento por desempenho aos profissionais de saúde nas USF modelo B. Inclui metas contratualizadas com cada grupo profissional, resultados alcançados em indicadores específicos da prática clínica e organizacional e avaliação do cumprimento dos objetivos anuais acordados (Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro).

O IDE da USF em causa corresponde a 52,10, de um total de 43 indicadores como se pode verificar na Figura 3.



Figura 3 - Índice de Desempenho da Equipa da USF

Fonte: *Print screen do site do BI-CSP, março de 2025*

O valor deste IDE traduz um desempenho contratualizado moderado, marcado por assimetrias entre os diferentes domínios, evidenciando a necessidade de reforçar estratégias de melhoria contínua para alcançar níveis mais elevados de desempenho.

Os 15104 utentes inscritos na USF, correspondem a 20724 unidades ponderadas, estando divididos pelas equipas de saúde familiar e de acordo com a legislação em vigor, a lista de utentes por médico e enfermeiro de família deve ter uma dimensão mínima de 1550 utentes (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto).

1.3 – Caracterização dos utentes do ficheiro do enfermeiro de família

O Enfermeiro de Família assume um papel de referência em CSP, na medida em que organiza e rentabiliza os recursos adequando-os à pessoa e sua família, contribuindo assim, na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva. Neste sentido, cada enfermeiro de família deverá ter, em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica, embora o número de utentes por enfermeiro de família possa ser variável dependendo da complexidade dos cuidados e grau de dependência dos utentes ou famílias (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro).

A enfermeira orientadora assume a responsabilidade por 1756 utentes na totalidade. Tal, resulta da existência, na Unidade, de um médico sem enfermeiro atribuído à sua equipa, levando à redistribuição dos utentes do seu ficheiro por todos os enfermeiros da USF.

Para efeitos de análise neste relatório serão considerados apenas os utentes pertencentes à equipa de saúde familiar constituída pela enfermeira orientadora e pela médica correspondente, uma vez que os dados são disponibilizados de forma separada e não incluem os utentes do médico sem enfermeiro. Este ficheiro é composto por 1641, o que corresponde a 677 famílias, tal como se pode verificar na Figura 4.

Frequentador Actual	S		Total	
	Frequentador			
Local	Nº de Famílias	Nº Utentes Família	Nº de Famílias	Nº Utentes Família
USF Aire e Candeeiros	677	1.641	677	1.641

Figura 4 - Número de famílias do ficheiro de família da enfermeira orientadora

Fonte: MIM@UF, 2025-11.

A Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem da OE indica como limite máximo o número de 1.550 utentes, de forma a garantir a segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas nos serviços e de modo a que cada família tenha o seu enfermeiro (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto; Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro). Consta-se então que o número de utentes atribuídos à enfermeira orientadora ultrapassa o limite recomendado pela referida norma, situação que reflete sobretudo condicionantes organizacionais, comuns em várias unidades, evidenciando a necessidade de ajustes estruturais para garantir uma carga assistencial mais equilibrada e sustentável.

A população inscrita no ficheiro de família da enfermeira orientadora está distribuída de forma equilibrada entre géneros, com 812 homens (49,5%) e 829 mulheres (50,5%). (Figura 5)

Grupo Etário 8	Métrica	Nº Utentes Inscritos		
	Sexo	Homem	Mulher	Total
>= 0 e < 7 Anos		59	35	94
>=7 e < 65 Anos		551	559	1.110
>= 65 e < 75 Anos		114	121	235
>= 75 Anos		88	114	202
Total		812	829	1.641

Figura 5 - Distribuição etária por género, dos utentes inscritos no ficheiro de família da enfermeira orientadora

Fonte: MIM@UF, 2025-12.

A análise da distribuição etária, apresentada na Figura 5, mostra que a maioria dos utentes se encontra entre os 7 e os 64 anos, correspondendo a 67,7% da população. As crianças dos 0 aos 6 anos representam 5,7%, enquanto os utentes com 65 ou mais anos constituem 26,6%, destacando-se o grupo dos ≥75 anos, que corresponde a 12,3%. Esta caracterização demográfica evidencia a necessidade de cuidados diversificados, com particular atenção à população idosa, que tende a requerer intervenções mais frequentes e complexas.

Tendo em conta a Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários (ICPC – *International Classification of Primary Care*), que permite classificar os motivos de consulta, diagnósticos e procedimentos, conclui-se que a primeira razão que leva à procura de cuidados de saúde, no TOP 20 dos ICPC mais codificados no ficheiro de família sobre o qual incidu a atividade de estágio, são as alterações do metabolismo dos lípidos, como se pode verificar na Figura 6.

ICPC	Métrica	Qtd Problemas	TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	566	1
T83	EXCESSO DE PESO	481	2
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	378	3
T82	OBESIDADE	289	4
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES	236	5
T81	BÓCIO	195	6
W11	CONTRACEPÇÃO ORAL	186	7
P17	ABUSO DO TABACO	182	8
L87	BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE	160	9
T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE	152	10
W14	CONTRACEPÇÃO, OUTROS	136	11
D82	DOENÇAS DOS DENTES / GENGIVAS	134	12
L90	OSTEOARTROSE DO JOELHO	127	13
L92	SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO	122	14
K95	VEIAS VARICOSAS DA PERNA	120	15
P76	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	120	15
P06	PERTURBAÇÃO DO SONO	114	17
T86	HIPOTIROIDISMO / MIXEDEMA	109	18
Y85	HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA	109	18
P74	DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE	103	20

Figura 6 - Top 20 dos ICPC mais codificados no ficheiro da enfermeira de família

Fonte: MIM@UF, a 11.2025

Da análise dos principais problemas de saúde registados no ficheiro da equipa, destacam-se alterações do metabolismo dos lípidos (566 casos), excesso de peso (481), hipertensão sem complicações (378), obesidade (289) e diabetes não insulino-dependente (152), evidenciando uma população com elevada prevalência de doenças cardiovasculares e metabólicas. A presença de problemas relacionados com contraceção oral (186 casos) e outros métodos contraceptivos (136 casos) entre os 20 principais motivos de consulta pode estar associada à elevada proporção de mulheres em idade fértil inscritas no ficheiro. Esta realidade reforça a importância do papel do enfermeiro também na promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Para além destas, surgem também problemas músculo-esqueléticos como síndromes vertebrais e tendinites, bem como questões de saúde mental, como perturbações depressivas (120) e ansiedade (103).

Constata-se que a maioria dos problemas constituem fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Contudo, podem ser modificáveis através da adoção de estilo de vida saudável, o que atribui à equipa de saúde familiar um papel importante junto das famílias. As perturbações depressivas e os distúrbios de ansiedade reforçam para a necessidade da promoção da saúde mental e a necessidade de articulação com outros profissionais especializados nesta área.

As doenças crónicas implicam que haja adaptação e construção de estratégias por parte do utente/família para que as limitações sejam integradas de forma mais equilibrada, sendo o papel do enfermeiro de família essencial na adaptação à nova condição de saúde.

A distribuição de utentes por programa de vigilância encontra-se apresentada na Tabela 1.

Programa de Vigilância	Número de Utentes inscritos e vigiados
Hipertensão Arterial	416
Diabetes Melitus	162
Planeamento Familiar	350
Saúde Materna	10
Saúde Infantil e Juvenil	240
Rastreio Oncológico	732

Tabela 1 - Número de utentes inscritos e vigiados por programa de saúde do ficheiro de família da enfermeira orientadora.

Fonte: Mimuf, a 11.2025

Pela análise da tabela anterior, verifica-se uma elevada adesão aos programas de rastreio, refletindo uma população maioritariamente adulta e idosa, com necessidade de investir ao nível da prevenção secundária. Observa-se também uma elevada prevalência de utentes vigiados no programa de Hipertensão Arterial, o que reforça a importância da vigilância contínua e das intervenções no âmbito da prevenção terciária, orientadas para o controlo da doença crónica e redução de complicações.

O número de utentes acompanhados no programa de Planeamento Familiar também é expressivo, demonstrando boa adesão da população em idade fértil e traduzindo ações consistentes de prevenção primária, nomeadamente na promoção da saúde sexual e reprodutiva. No que respeita à Saúde Materna, o número reduzido de grávidas acompanhadas é coerente com a baixa taxa de natalidade nacional, podendo igualmente indicar que algumas mulheres optam por acompanhamento em contexto privado.

A população pediátrica acompanhada revela-se significativa, reforçando a necessidade de intervenções regulares de vigilância do desenvolvimento, vacinação e apoio na parentalidade, integrando ações de prevenção primária e secundária.

De forma global, a análise dos utentes inscritos e vigiados evidencia uma população fortemente envolvida em programas de rastreio oncológico e de vigilância de doenças crónicas. Este perfil traduz o atual panorama epidemiológico e sublinha a necessidade de uma abordagem contínua, preventiva e centrada na família, articulando de forma integrada os diferentes níveis de prevenção.

2. Fundamentação Teórica

A enfermagem contemporânea enfrenta o desafio de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados e de se afirmar como disciplina autónoma e científica (Coelho & Mendes, 2011).

A enfermagem de saúde familiar é uma área específica da enfermagem que tem vindo a ser objeto de estudo por distintos autores, assente em diferentes, mas complementares perspetivas conceptuais, tendo-se assistido a uma grande variedade de práticas clínicas, desenvolvidas com as famílias, procurando colmatar necessidades em saúde, reais ou sentidas, bem como a um aumento gradual da investigação e inclusão dos assuntos das famílias nos currículos académicos (Hanson, 2005).

2.1. Família e Saúde Familiar

Ao longo da sua história, a enfermagem como ciência, sempre evidenciou a preocupação de “pensar a família” e tem acompanhado as mudanças ocorridas no seu conceito (Fernandes, 2014). Os conceitos de família têm vindo a modificar-se em sintonia com a evolução da sua estrutura e função, alicerçada a importantes transformações políticas e sociais que condicionaram estas alterações (Fernandes, 2014).

No sentido jurídico, conforme referido no artigo 1576º do Código Civil Português, a família é composta pelas pessoas que se encontram ligadas pelo casamento, parentesco, afinidade ou adoção (Decreto-Lei n.º 47344/1966).

Um dos primeiros organismos oficiais da enfermagem de família definiu a família como “(...) um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária”, que se caracteriza pelo “(...) compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos” (Hanson, 2005, p.6 citando *Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University*, 1985).

A família é, simultaneamente, o lugar onde nascemos, crescemos e morremos, ainda que nesse percurso possamos encontrar e ter mais do que uma família (Alarcão, 2002). É o contexto em que a pessoa cresce e se desenvolve física, psicológica e socialmente e adquire crenças e valores para a vida (Martins et al., 2012).

A família constitui assim uma unidade complexa e o contexto natural para crescer sendo uma teia, sobretudo, de laços afetivos (Relvas, 2000). Numa perspetiva sistémica, é um sistema vivo e aberto, composto por vários elementos que estabelecem laços entre si, no qual o todo é mais do que a soma das suas partes e onde os seus elementos estabelecem entre eles um sentimento de pertença (Relvas & Alarcão, 2002).

Este pensamento e visão da família evidencia a abrangência do conceito de família, que é reforçado por Wright e Leahey (2009, p.48) que salientam a importância pelo respeito das ideias relativas aos relacionamentos significativos das famílias, uma vez que “(...) a família é quem os seus membros dizem que são”.

De entre as definições de família salienta-se a importância de a considerar como um todo e a emergência dos seus elementos que a tornam uma e única (Alarcão, 2002). Um olhar sistémico sobre a família implica ter uma visão global sobre a sua estrutura e sobre o seu desenvolvimento (Alarcão, 2002).

A abordagem à família como um sistema coloca a família como alvo dos cuidados de enfermagem sendo vista como um sistema interativo (Hanson, 2005). Neste sentido, o foco dos cuidados de enfermagem é simultaneamente o indivíduo e a família, com ênfase nas interações familiares (Hanson, 2005).

Assim, as famílias constituem-se sistemas sociais complexos com os quais os enfermeiros interagem de vários modos e em diversos contextos (Figueiredo, 2023). A intervenção em enfermagem de saúde familiar deve considerar como “família, o núcleo definido como tal, pelo próprio paciente, independentemente dos laços afetivos, biológicos ou legais que os unem, assim como o tipo de família que configuram, incorporando uma perspetiva ampla e mutável” (Ferré-Grau, 2023, p. 80).

De forma a avaliar uma família, a abordagem sistémica do cuidado à família é uma abordagem integradora que tem como foco central pensar a família como um sistema, numa relação hierárquica com outros sistemas (Alarcão, 2002).

Tendo por base o modelo sistémico, como paradigma de abordagem da família, a saúde é considerada, na perspetiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação, numa sequência de transformações na estrutura familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência (Alarcão, 2002). Refletir na saúde da família é ser capaz de compreender o que fica para lá da saúde individual, ou seja, de cada membro da família (Figueiredo, 2023).

O conceito de saúde familiar está associado à capacidade da família em mobilizar os seus recursos de *coping*, face a situações de doença de um dos seus membros, essencialmente os recursos de natureza relacional e afetiva (Hanson, 2005).

Segundo Hanson (2005), a saúde familiar deve ser vista como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar. Assim sendo, a saúde do indivíduo é afetada pela família e vice-versa.

A complexidade inerente ao cuidado às famílias tem impulsionado a produção de conhecimento em Enfermagem de Saúde Familiar, articulando situações reais da prática com os referenciais teóricos que sustentam a disciplina (Figueiredo, 2023).

2.2. Modelos de Enfermagem e os seus contributos para a Enfermagem de Saúde Familiar

A enfermagem de saúde familiar, enquanto campo disciplinar da enfermagem, sustenta a sua prática e desenvolvimento teórico em referenciais teóricos próprios e derivados de outras disciplinas do conhecimento. Assim constrói o seu corpo de saber a partir da interseção das teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias da enfermagem (Figueiredo, 2023).

Os Modelos conceituais servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Proporcionam perspetivas diferentes para a prática de enfermagem, fundamentam as tomadas de decisão, permitindo oferecer uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação alicerçada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

Depois da consulta, análise e reflexão acerca dos diversos Modelos e Teorias de Enfermagem existentes, optou-se por desenvolver apenas os que foram mais relevantes para o estágio e que poderão dar um maior contributo na compreensão do tema em estudo.

Neste âmbito, surgiram vários modelos de avaliação e intervenção dirigidos à família enquanto unidade de cuidados, nomeadamente o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário das Forças de Pressão do sistema Familiar; O Modelo de Avaliação de Friedman, o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), o

Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), desenvolvido em articulação com o primeiro, bem como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012).

Em coerência com o Programa Formativo aprovado no Estatuto da OE, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC), considera atualmente como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática Clínica, o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) (OE, 2023).

O MCAIF tem recebido reconhecimento global desde que foi criado, em 1984, para além de que é reconhecido como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo pelo International Council of Nurses (ICN). Pode ser utilizado numa ampla variedade de estruturas familiares e que se encontrem em vários estágios de desenvolvimento (Wright & Leahey, 2011).

O **Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF)** subdivide-se no Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), que avalia a família a nível estrutural, de desenvolvimento e funcional, e no Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) que analisa o relacionamento entre famílias e enfermeiras, facilitando a intervenção do enfermeiro na família (Wright & Leahey, 2011).

O MCAF permite compreender a família na sua multidimensionalidade. A sua estrutura engloba os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família. É constituído por três dimensões principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma dessas dimensões integra várias categorias e subcategorias que, no seu conjunto, permitem a avaliação sistémica da família numa perspetiva dinâmica (Wright & Leahey, 2011), como apresentado na Figura 7.

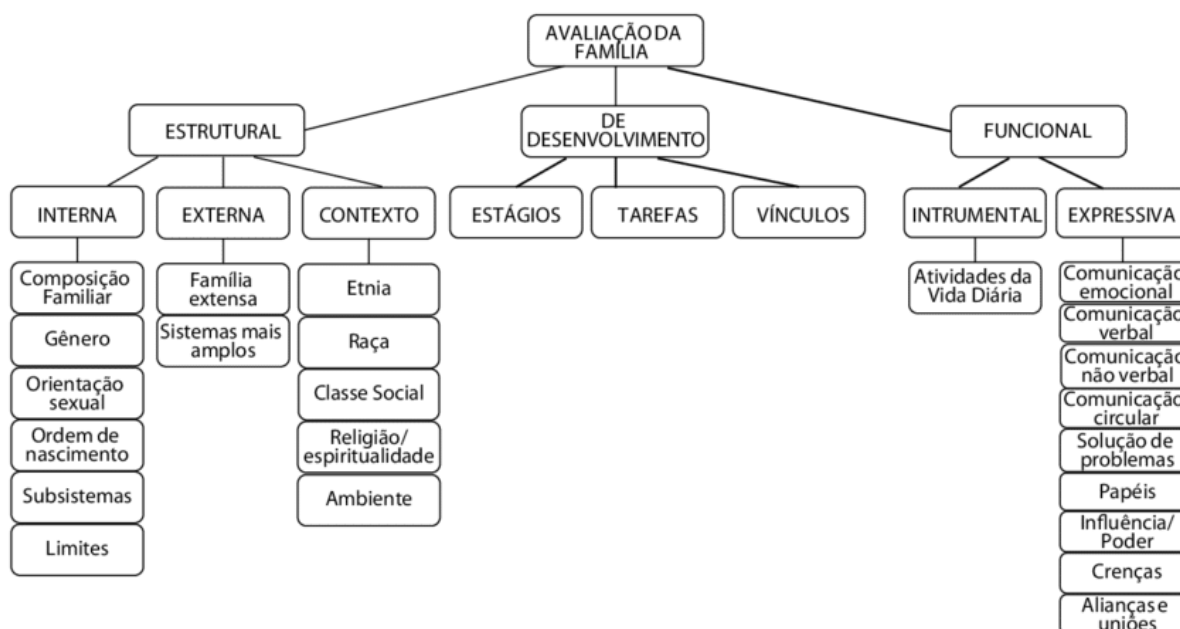


Figura 7 - Diagrama Ramificado do Modelo Calgary de Avaliação Familiar

Fonte: Adaptado de Wright e Leahey (2011)

Ao avaliar uma família o enfermeiro deve examinar a sua estrutura, isto é, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre os seus membros comparativamente a indivíduos de fora e qual o seu contexto. Para avaliar a

estrutura interna, externa e contextual da família é fundamental o recurso a instrumentos como o genograma e o ecomapa (Wright & Leahey, 2011).

A avaliação da estrutura da família pode ser realizada em simultâneo com a avaliação do desenvolvimento do sistema familiar à medida que o enfermeiro identifica a história da família. Esta surge da avaliação de momentos de vida da família marcados por acontecimentos e relações que o enfermeiro vai associando ao ciclo de vida daquela família, como crises de desenvolvimento ou crises acidentais por que tenha passado. A forma como a família enfrenta e ultrapassa as tarefas ou exigências que os acontecimentos de vida biopsicossociais, culturais e espirituais lhe colocam é responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento (Santos, 2023). Os enfermeiros devem estar familiarizados com as tarefas que a família precisa de resolver em momentos de transição nomeadamente na transição de um estágio para outro do ciclo de vida (Santos, 2023).

A avaliação do desenvolvimento exige atenção particular à sua dinâmica, ou seja, ao modo como interage com os sistemas com quem se relaciona. Avaliar como a família mantém a estabilidade, apesar da constante mudança, concederá ao enfermeiro informações importantes sobre a sua história, a sua experiência de vida e o seu processo de desenvolvimento (Santos, 2023).

A avaliação funcional da família refere-se aos detalhes sobre o modo como os indivíduos se comportam uns com os outros (Wright & Leahey, 2011). Diz respeito à forma como o sistema interage com o meio, levando os enfermeiros a focar a sua atenção nos seus limites como uma área vital para o seu funcionamento e autonomia (Santos, 2023).

Avaliar a família numa perspetiva sistémica é apreciá-la na sua função, na sua dinâmica e na sua estrutura, num processo de interação com outros sistemas nomeadamente o enfermeiro. O alcance desta apreciação depende da habilidade do enfermeiro em identificar os elementos e as interações que definem família, a sua organização e a sua relação (Santos, 2023).

No final da avaliação da família, os enfermeiros devem realizar uma reflexão crítica sobre os dados obtidos, de forma a identificar as forças e fragilidades do sistema familiar, compreender o funcionamento atual da família e em conjunto com a mesma elaborar um possível diagnóstico e intervenção (Santos, 2023).

O Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), associado ao Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), é o primeiro modelo de intervenção na família no âmbito da enfermagem. Constitui uma estrutura orientadora que permite compreender como um domínio específico do funcionamento da família se articula com uma intervenção de enfermagem de forma a promover mudanças no sistema (Wright & Leahey, 2011).

O MCIF assenta numa perspetiva centrada nos pontos fortes e orientada para a resiliência, privilegiando a promoção, o reforço e a manutenção de um funcionamento familiar eficaz nos domínios afetivo, cognitivo e comportamental (Wright & Leahey, 2011).

Dos modelos desenvolvidos que perspetivam a família com base nos seus fatores de proteção e que emerge o conceito de resiliência familiar, destaca-se o Modelo de resiliência, stress, ajustamento e adaptação familiar McCubbin e McCubbin (1993) e os Processos-Chave da Resiliência Familiar (Walsh, 2005, citado por Figueiredo, 2023).

O **Modelo de Resiliência ao Stress, Ajuste e Adaptação Familiar** foi desenvolvido por McCubbin e McCubbin em 1993 e baseia-se na teoria dos sistemas. Este modelo tem como objetivo analisar o potencial da família, valorizando os pontos fortes e os recursos da mesma, de modo a enfrentar situações adversas e geradoras de stress. Pretende ainda compreender os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação das famílias nessas situações, oferecendo assim uma estrutura para compreender a reação, ajuste e adaptação da família

ao stress ao longo do tempo. O conceito central deste modelo é a adaptação que, de acordo com McCubbin e McCubbin (1993), é um processo ao longo do qual a família se empenha no sentido de responder às exigências resultantes do acontecimento stressor através da mobilização de recursos (internos e externos) e da tomada de consciência de que são necessárias mudanças no sistema familiar de forma que a estabilidade familiar seja restabelecida e a satisfação familiar seja alcançada (Augusto, 2023).

O **Modelo dos Processos-Chave da Resiliência Familiar** é um mapa conceptual que permite identificar os processos familiares que podem proteger as famílias em situações de risco e promover o crescimento no seio da crise, capacitando as famílias a superar a adversidade. Os processos fulcrais da resiliência familiar são o sistema de crenças, os padrões organizacionais e os processos de comunicação. O sistema de crenças constitui o núcleo de todo o funcionamento familiar, é o coração e a alma da resiliência (Walsh, 2005), proporciona coerência e organiza a experiência para possibilitar aos membros da família extraírem sentido das situações de crise.

Os padrões organizacionais consistem nas diferentes formas das famílias estruturarem a sua vida e mobilizarem recursos de forma a responderem eficazmente aos papéis e tarefas que lhe são solicitados de modo a promoverem o crescimento e o bem-estar dos seus membros. Os processos de comunicação são facilitadores do funcionamento familiar pela clareza, expressão emocional aberta resolução colaborativa de problemas (Augusto, 2023).

É expectável que indivíduos e famílias sejam responsáveis pela sua saúde, assumam maior responsabilidade pela saúde dos seus familiares e participem nas decisões dos cuidados. Quando dispõem de uma compreensão mais ampla das suas forças internas e dos recursos externos, tornam-se mais recetivos ao suporte, ensino e orientação dos enfermeiros (Gottlieb, 2016).

O **Cuidar Baseado nas Forças (CBF)** é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se nos aspetos positivos, no que está a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor e nos recursos que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar de forma mais eficaz com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).

“Os enfermeiros que veem a pessoa em vez da doença ou condição aprendem sobre o espírito humano. Eles começam a perceber que as pessoas encontram coragem mesmo quando a tragédia os atinge” (Gottlieb, 2016), p.37). Tal como referem Kraus e Silva (2023, p.392) “É, porém, nas dificuldades e situações limite, quando a pessoa ou grupo se sente ameaçada(o) e vulnerável, que o espírito humano se revela”.

De forma a ter consciência do tipo de intervenção a implementar, com o foco nas potencialidades, trabalhar com a pessoa/família, fortalecer pontos fortes, gerir problemas e escolher como viver com a dor, incapacidade ou injustiça, o profissional de saúde deve adquirir competências de perceção, correlação, avaliação, pensamento e ação, pela estimulação à criatividade clínica no contexto do cuidar (Kraus & Silva, 2023). “Os profissionais que escolhem exercer numa perspetiva das forças revelam algo sobre si mesmos, os seus valores, e com aquilo que se sentem comprometidos e apaixonados” (Gottlieb, 2016, p.37).

Kraus e Silva (2023) referem que toda a intervenção familiar ou comunitária sustentada nas forças e no sentido de vida exige um questionamento profundo sobre a própria existência, desencadeando uma reflexão crítica sobre o sentido atribuído às experiências, conduzindo a uma transformação na forma como a identidade é compreendida.

Se o objetivo do cuidar centrado no doente é a sua saúde, ajudar a pessoa a recuperar e a curar-se, e encontrar um novo significado e propósito na vida, diferentes resultados devem ser considerados para além da morbilidade e mortalidade (Gottlieb, 2016,p.38).

A prática do CBF impõe que o enfermeiro seja conhecedor das suas próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas. Exige que haja consciência de como o comportamento do enfermeiro afeta a pessoa e a família e como o comportamento destes afeta as respostas. Este nível de consciência é essencial para que o enfermeiro seja capaz de identificar e desenvolver as forças no outro (Gottlieb, 2016).

De acordo com Gottlieb (2016) existem muitos fatores e forças que influenciam a prática de enfermagem, nomeadamente, o conhecimento do enfermeiro, as experiências profissionais e pessoais, as políticas e atitudes relativas ao local de trabalho entre outras. Contudo, as forças mais significativas dizem respeito aos valores, crenças e atitudes profissionais e pessoais do enfermeiro.

A **Teoria da Transição de Afaf Meleis**, centra-se nas respostas humanas aos processos de vida, de saúde e doença. A transição é um processo que ocorre no tempo e que envolve mudanças na forma como a pessoa percebe o seu mundo interno e externo de forma diferente, frequentemente associado a sentimentos de perda e alienação, novas relações e necessidade de desenvolver novas estratégias de *coping* (Chick & Meleis, 1986, citado por Bastos, 2015).

No processo de transição saúde/doença existem condições facilitadoras e inibidoras do processo, que é necessário compreender para adequar as estratégias. São exemplos dessas condições, o significado atribuído, as crenças, as atitudes pessoais, o nível socioeconómico, a preparação e conhecimento prévio à transição, o suporte social, desde o apoio familiar e do grupo de pares até ao apoio dos técnicos de saúde e às ajudas técnicas que poderão ser necessárias (Bastos, 2015).

A transição é um processo cognitivo, comportamental e interpessoal, que flui no tempo de uma forma saudável ou não saudável. Numa transição saudável as pessoas podem explorar o significado da transição na sua vida, tendo a oportunidade de redefinir novos significados e de modificar as suas expectativas em relação à nova situação, de forma realista (Bastos, 2015).

A rutura que a transição provoca, a continuidade possível na identidade, nas relações e no ambiente são favoráveis ao *coping* e à integração da experiência da transição na vida. Apesar da perda, também surgem novas oportunidades que podem ser de desenvolvimento e crescimento pessoal (Bastos, 2015).

A teoria das transições norteia o enfermeiro a aprofundar-se acerca dos seus conceitos, fazer uso na prática do cuidado e planejar ações que favoreçam resultados positivos à saúde diminuindo o risco potencial que a experiência de transição pode colocar sobre as pessoas (Costa, 2016).

Prestar cuidados a famílias exige flexibilidade e sensibilidade, porque cada família é única na forma como vive, interpreta e responde às suas dificuldades. Mesmo quando os problemas parecem semelhantes, as experiências, os contextos e os significados atribuídos por cada pessoa são diferentes, pelo que a intervenção deve ser individualizada e construída a partir da realidade, das crenças, dos valores e dos recursos próprios de cada família. Esta perspetiva aproxima-se dos pressupostos do **Modelo Relação Pessoa-a-Pessoa**, desenvolvido por Travelbee, cuja proposta de relação interpessoal enfatiza a compreensão do outro na sua totalidade, reconhecendo tanto as suas potencialidades como as suas limitações.

Joyce Travelbee, enfermeira psiquiátrica, educadora e escritora, nasceu em 1926 e faleceu em 1973. Foi influenciada pelo catolicismo, o que contribuiu para a valorização do cuidado espiritual na relação enfermeira-pessoa. Para Travelbee “uma relação pessoa-a-pessoa é, em primeiro lugar, uma experiência ou série de experiências entre uma enfermeira e aquele que recebe o cuidado” (Tomey & Alligood, 2004, p. 470).

O Modelo representa a interação entre enfermeiro e doente. A relação pessoa-a-pessoa estabelece-se quando a enfermeira e aquele que recebe o cuidado atingem uma harmonia tendo progredido através dos estágios do

primeiro encontro, da emergência de identidade, empatia e simpatia. Os semicírculos no ponto do primeiro encontro indicam a possibilidade e a necessidade de desenvolver o encontro para uma relação terapêutica. Desta forma, à medida que o processo de interação avança no sentido da harmonia, os círculos agrupam-se num círculo completo, que representa que o potencial de uma relação foi atingido (Figura 8) (Tomey & Alligood, 2004).

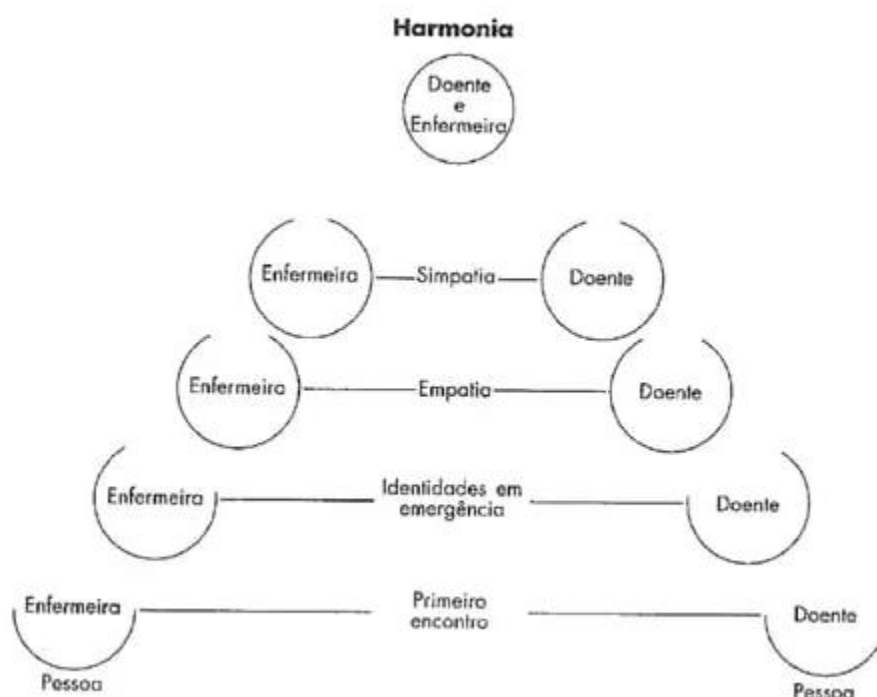


Figura 8 - Relação pessoa-a-pessoa. (conceptualizada por William Hobbie e Theresa Lansiger com base nos escritos de Joyce Travelbee.

Fonte: Tomey e Alligood (2004)

A sua teoria foi influenciada por Ida Jean Orlando, no domínio do relacionamento interpessoal, mas também integra de forma marcante, os princípios da Logoterapia de Viktor Frankl, relativamente ao seu conceito de sentido na vida e significado na doença, e também na sua conceção de amor, muito presente nos seus pressupostos (Waidman et al., 2006).

Na enfermagem a relação pessoa-a-pessoa é o meio através do qual é atingido o propósito da enfermagem, que para Travelbee consiste em assistir “um indivíduo, família, ou comunidade, na prevenção ou a lidar com experiência da doença e do sofrimento e se necessário encontrar algum sentido nestas experiências” (Tomey & Alligood, 2004, p.468).

2.3. Doença crónica, sentido de vida e o conhecimento dos enfermeiros

Se a gestão de uma doença é um processo dinâmico e interativo no qual o indivíduo/família, em conjunto com os profissionais de saúde, se confrontam com a necessidade de desenvolver atividades relacionadas com a gestão dos sintomas, do tratamento, mudanças do estilo de vida e com as implicações decorrentes da doença

a nível psicológico, social, espiritual e cultural, facilmente se depreende que os enfermeiros terão um grande desafio para delinear e implementar intervenções que serão complexas, abrangentes e sistemáticas (Figueiredo, 2023). Para isso os enfermeiros devem ancorar o seu trabalho em modelos de referência, nomeadamente alguns já descritos anteriormente ou outros.

A doença crónica é definida pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, como:

a doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado (Despacho conjunto n.º 861/99, 1999, p.15015).

A OE define doença crónica como qualquer doença de evolução prolongada, que exija uma vigilância de saúde e tratamentos específicos, com vista a uniformizar um padrão de qualidade que vise normalização (OE, 2011b).

A doença crónica não afeta apenas o indivíduo, mas toda a família, que se mobiliza para enfrentar as mudanças e desafios que surgem. Este movimento familiar implica reorganização, procura de estratégias de adaptação e construção de formas de convivência com a doença, de modo a facilitar a aceitação das perdas e a promover uma vida tão funcional quanto possível para o doente (Brotto & Guimarães, 2017).

Espera-se que o enfermeiro ajude a família a lidar com esta transição saúde-doença, com a qual a família é confrontada, permitindo o desenvolvimento de Competência para o Cuidado Incondicional Proativo (CoCIP) que se consubstanciem através da partilha do poder entre os profissionais de saúde e a família, permitindo-lhe adquirir uma consciência crítica e capacidade de avaliação, fundamentais para dar resposta às necessidades da pessoa com doença crónica (Figueiredo, 2023).

Como refere (Bastos et al., 2023, p. 266) “A alteração do estado de saúde de uma pessoa pode despoletar uma crise familiar, desorganização, mas também uma nova reorganização”.

A crise origina o período de transição saúde/doença que requer mudança nos padrões familiares, na percepção individual de cada um dos elementos da família, sobre a doença crónica, sobre si próprio, a sua posição em relação ao familiar diretamente atingido e à forma como cada um pode apoiar e manter, em simultâneo, a sua individualidade. Perspetivando a continuidade dos seus próprios projetos de vida, ainda que com ajustamentos motivados pelo valor inestimável do amor, mas que conferem propósito, sentido e esperança à sua existência que, curiosamente, culmina na realização pessoal, em contextos de maior fragilidade (Figueiredo, 2023; Kraus & Silva, 2023).

A esperança surge precisamente como uma experiência humana complexa e universal, inerente à própria condição humana, caracterizada como uma resposta humana básica essencial na adaptação à doença (OE, 2011b).

O facto de por vezes a pessoa que se cuida se encontrar deprimida, desesperançada e sofrer toda a sua existência à luz de uma enfermidade incapacitante, leva Díaz (2004) e Miller (2003) a defender que a grande maioria recuperaria a esperança, se alguém se interessasse não apenas pelo seu problema de saúde, a dor e a incapacidade física, mas também pelo conjunto da sua vida (Barros, 2014).

O Ser Humano é determinado pelos meios, circunstâncias e eventos que experimenta e que, como tal, afeta e é afetado por diferentes aspetos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais que, por sua vez, interferem e condicionam a vivência de acontecimentos, nomeadamente, os de saúde-doença (OE, 2021).

Neste âmbito, surgem as três dimensões humanas intrínsecas a todas as pessoas: a dimensão intrapessoal, a dimensão interpessoal, e a dimensão transpessoal. Numa relação de retroação, estas dimensões são determinadas e determinam respostas humanas dos indivíduos perante fenómenos de doença, face ao contexto de cuidados e perante o profissional de saúde. Numa situação de doença, cada uma destas dimensões, interfere para uma maior ou menor vulnerabilidade da pessoa e predisposição da mesma para a espiritualidade e bem-estar espiritual (OE, 2021).

A saúde espiritual é então uma das principais dimensões da saúde humana mas à qual pouco se recorre na prática clínica e o bem-estar espiritual o benefício decorrente da forma como os indivíduos expressam significado, propósito e como vivenciam a sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza, e o sagrado (Puchalski et al., 2009, citado por OE, 2021).

Viktor Frankl e Carlos Díaz, referindo-se aos momentos traumáticos da vida, afirmam que “a sobrevivência é possível se a esperança for orientada por um propósito significativo, capaz de desenvolver a vida espiritual profunda” (Barros, 2014).

O afastamento do indivíduo da sua própria dimensão religiosa, decorrente da doença de uma pessoa significativa ou da sua própria doença resulta na perda de um recurso importante ao bem-estar e à recuperação do sentido e propósito de vida do indivíduo fundamental à adaptação à doença (OE, 2021).

Díaz (2004), acrescenta que, mesmo

perante o desmoronamento das expectativas e na inexistência de seguranças, como na dor e no sofrer, o importante é que o homem interior não se desmoroque, e para isso necessita de uma mão amiga, a do profissional atento e sensível ao sofrimento do outro (Barros, 2014), p. 53).

Baseada em Viktor Frankl, Travelbee (1979), no seu Modelo de Relação Pessoa a Pessoa assume a dimensão espiritual como complementar à físico-emocional e mobiliza os conceitos de sentido de vida, significado na experiência, a auto-transcendência e o compromisso, como virtudes indispensáveis na relação interpessoal, única e genuína, capaz de conduzir à realização pessoal (Kraus et al., 2009).

A espiritualidade também é parte integrante da teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2010) e é facilitadora de uma intervenção terapêutica de enfermagem com o objetivo de promover uma transição bem-sucedida e saudável. Olhar para a espiritualidade dentro desta teoria específica pode ajudar a entender a espiritualidade como uma dimensão crítica em transições, como processos, mas também como uma dimensão de autotransição como desenvolvimento e crescimento individual (Martins & Caldeira, 2021).

Em Portugal, a inclusão da dimensão espiritual no SNS, verificou-se através do Decreto-Lei n.º 253/2009 (de 23 de setembro), que regulamenta a Assistência Espiritual e Religiosa no SNS, constituindo um passo importante e inovador na saúde ao reforçar a importância da religião e da espiritualidade em geral.

O Manual de Acreditação em Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013b) menciona que os utentes têm o direito a que lhes sejam prestados cuidados de saúde que salvaguardem o respeito pela sua dignidade pessoal e os seus valores culturais, psicossociais e espirituais.

Também a Lei de Bases da Saúde refere que as pessoas têm direito de receber assistência religiosa e espiritual, sendo esta a única alínea que remete para a espiritualidade (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

No âmbito da Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses regulamentou a Deontologia Profissional, onde consta que o enfermeiro durante todo o ciclo vital, assume o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (Decreto-Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

Em consonância com esta necessidade, a OE através de um grupo de trabalho elaborou o Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidado Espiritual prestado por enfermeiro. Este documento advém do reconhecimento da dimensão espiritual como essencial nos cuidados de enfermagem, ao longo de todo o ciclo vital, independentemente, da área onde são prestados, sendo transversal no cuidado à pessoa, à família e à comunidade (OE, 2021).

Para Frankl (1992) o ser humano é uma totalidade bio-psico-espiritual e, nesta totalidade, ressalta o espiritual como sua característica mais especificamente humana. A espiritualidade é considerada uma das dimensões do ser humano que vai além da dimensão religiosa ou do supranatural (Barros, 2014).

O espiritual ou noético é essencialmente distinto do psicológico, não pode ser incluído na facticidade psicofísica e muitas vezes continua inconsciente, cabendo ao EEESF através do desenvolvimento da CoCIP, acompanhar no processo de descoberta de sentido na vida, pela eleição de valores (ação consciente e refletida, baseada na liberdade e responsabilidade existencial do ser humano) (Barros, 2014).

Vitor Frankl, um sobrevivente de Auschwitz, um campo de concentração nazi, onde testou a sua teoria Logoterapia e Análise Existencial, conhecida como a 3ª Escola de Psicoterapia de Viena, que foca a superação do sofrimento inevitável e a realização pela "vontade de sentido". Esta abordagem sucede a Psicanálise de Freud (prazer) e a Psicologia Individual de Adler (poder) (Barros, 2014).

Ele define a Logoterapia como uma ciência que procura a conscientização do espiritual através da análise existencial, orientando o ser humano à sua consciência de seu ser-responsável – enquanto fundamento essencial da existência humana (FRANKL, 1986, citado por Waidman et al., 2006). É na transcendência que Frankl localiza o sentido. A logoterapia aposta, assim, na inata vontade de sentido e na realização pessoal para alcançar a “cura da alma” (Frankl, 2006, citado por Barros, 2014).

Vicktor Frankl, define o sentido de vida como o motivo, a razão, o que nos impulsiona para atingir algo ou para ser de uma determinada maneira, isto é, o que nos orienta e guia (Waidman et al., 2006).

Acredita que o ser humano pode encontrar o sentido na vida a partir de três categorias de valores: criadores, vivenciais e de atitude. A primeira realiza-se mediante um fazer, a segunda diz respeito à vivência do eu com o mundo/natureza, e a terceira só se realiza quando alguma fatalidade tem que ser aceite como ela é. É através deste pensamento que ele defende que a vida humana pode atingir sua plenitude não apenas no criar e gozar, mas também no sofrimento (Frankl, 1986, citado por Waidman et al., 2006).

Vários referenciais teóricos de Enfermagem de médio alcance baseados na Logoterapia foram já desenvolvidos, nomeadamente, por Joyce Travelbee o Modelo de Relação Pessoa a Pessoa; por Pamela Reed, the “Self-Transcendence Scale (STS)”, traduzida e validada para o contexto cultural português europeu por Barros (2014); por Patricia Starck, the “Guidelines – Meaning in Suffering Test (MIST)” também traduzido e validado para o contexto cultural português europeu por Barros (2014). Mais recentemente, Kraus propõe uma Filosofia do Cuidado em Enfermagem que visa o desenvolvimento da Competência para a orientação na descoberta de Sentido de Vida, promotor de Esperança, realização pessoal e o controlo sobre o sofrimento inevitável, que designou de Competência para o Cuidado incondicional Proativo (CoCIP) (Kraus et al., 2009; Barros, 2014; Kraus & Silva, 2023).

O sentido de vida é um sistema regulador da conduta humana, através do qual o ser humano encontra o valor atribuído à sua existência, aos outros e ao mundo em geral (Kovac, 2004, citado por Kraus et al. (2009). A busca de sentido de vida envolve: autoconhecimento, compreensão interpessoal, busca por soluções otimistas, promoção do bem-estar, autocontrolo, autoeficácia, elaboração de planos para diferentes situações, definição

e acompanhamento de metas, bem como desenvolvimento de estratégias de *coping* em contextos adversos ou desafiadores da vida (Kraus et al., 2009).

Barros (2014), no seu estudo, conclui que a promoção do sentido de vida está associada a níveis mais baixos de depressão e ansiedade e mais altos de sentido no sofrimento e estratégias de *coping*. A esperança e o otimismo contribuem de forma positiva para as pessoas lidarem com a doença crónica grave (Hajdarevic et al., 2025).

Frankl refere que uma missão a cumprir na vida ou um sentido a realizar, em muito influencia a saúde geral da pessoa. Essa missão pode ter um objetivo válido de vida, amar alguém, ou ter um trabalho a desenvolver. Refere-se sempre a atividades externas ao indivíduo para as quais ele irá apresentar aptidões que lhe permitirão ser capaz de enfrentar desafios (Kraus et al., 2009).

O sentido de vida é crucial para o desenvolvimento humano e promotor de esperança, reforçando o seu potencial terapêutico. Neste sentido, indivíduos com maior sentido de significado e propósito enfrentam melhor as circunstâncias difíceis (Acevedo, 2000, citado por Kraus et al., 2009).

Encontrar força interior contribui para desenvolver novas identidades, adaptar-se às limitações e redefinir os objetivos de saúde, permitindo que as pessoas possam ter percepções de que a vida pode ter um propósito e significado para além das limitações do corpo (Hajdarevic et al., 2025).

A procura pelo sentido faz parte da essência íntima do ser humano. Cada pessoa estrutura o próprio processo de busca de sentido, em função do seu sistema de crenças e valores, resultante simultaneamente, de um trabalho social, familiar e individual (Figueiredo, 2023).

A procura por sentido na vida é algo essencialmente humano e que, caso a pessoa não o encontre, pode levá-la a um abatimento profundo, comprometendo assim sua saúde. A religião é uma forma de a pessoa encontrar o sentido para a vida e esta dimensão humana está diretamente relacionada ao amor (Waidman et al., 2006).

Os utentes reconhecem a importância do sentido de vida e consideram que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, podem desempenhar um papel fundamental na sua promoção (Hupkens et al., 2020).

Segundo Atashzadeh-Shoorideh et al. (2018), neste percurso árido e adverso de adaptação a uma determinada condição de saúde, a escassez de recursos capazes de prover um apoio espiritual, quer por um representante religioso e/ou um membro da equipa de saúde, é um aspeto que é recorrentemente mencionado e que interfere negativamente na perceção dos utentes quanto à qualidade e integralidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

Quando os enfermeiros valorizam e integram a avaliação espiritual, obtêm um conhecimento mais profundo sobre os desejos dos utentes e maior oportunidade para planear intervenções eficazes tendo em conta as suas crenças e valores, trazendo uma dimensão terapêutica e relacional ao processo de cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Segundo (Martins, 2012), os enfermeiros reconhecem o seu papel na espiritualidade e no cuidado espiritual e quando o profissional desenvolve a sua própria espiritualidade, verifica-se um impacto positivo e significativo na forma como aprende e pratica o cuidado espiritual. A espiritualidade no cuidado com as famílias, associada a práticas promotoras de saúde constitui um recurso na otimização da saúde familiar, facilitando os processos inerentes à avaliação e intervenção familiar, descoberta de sentido e mobilização de potenciais.

Partindo do pressuposto que a pessoa vulnerável/família está capacitada, em potência, para a autopoiese, os CBF e a CoCIP capacitam o EEESF na orientação para o desenvolvimento de forças-chave para a resiliência familiar (Kraus & Silva, 2023).

Travelbee foi clara em relação à espiritualidade da pessoa doente e do enfermeiro, referindo que os valores espirituais do enfermeiro ou as suas convicções filosóficas sobre a doença e o sofrimento, determinam em grande medida, a sua perceção das doenças e até que ponto o enfermeiro será capaz de ajudar a pessoa doente a descobrir o sentido ou a falta de sentido nestas doenças (Parola et al., 2020).

No Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa, a enfermagem representa um processo interpessoal através do qual o enfermeiro ajuda a pessoa doente/família a prevenir ou lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, a encontrar o sentido dessas experiências (Parola et al., 2020).

Amaral (2009), no seu estudo “Encontrar um novo sentido da vida: adaptação após lesão medular”, conclui que o acompanhamento a utentes com lesão medular, poderá beneficiar com a partilha por parte do enfermeiro, da sua perspetiva individual no que diz respeito ao sentido e propósito da vida, o que implica necessariamente que o enfermeiro consciencialize da sua própria espiritualidade.

A consciencialização, por parte dos enfermeiros, da própria espiritualidade e a compreensão da mesma como facilitadora do processo de *coping* é fundamental na promoção do sentido da vida das pessoas. No entanto a falta de formação para responder a esta dimensão é sentida pelos enfermeiros como um obstáculo à sua integração nos cuidados (Caldeira et al., 2011).

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidado Espiritual Prestado por Enfermeiro, da OE, o Enfermeiro deve ter as competências e conhecimentos necessários para identificar as necessidades espirituais, contudo a maioria revela estranheza, embaraço e/ou relutância na abordagem da espiritualidade, sendo por isso necessário investir na sua formação, de modo a sistematizar a implementação do cuidado espiritual na prática clínica (OE, 2021).

O enfermeiro, cujas responsabilidades e competências preveem uma ação baseada num processo científico (processo de enfermagem), além de profissional é um Ser detentor de uma vertente humana e espiritual própria que determinam a sua postura perante os cuidados e a relação com o outro. Deste modo, não se estranham as conclusões aferidas por diversos estudiosos ao identificarem aspetos subjetivos e individuais, e por isso intrínsecos à própria pessoa e à pessoa do enfermeiro, como comprometedores do cuidado espiritual (OE, 2021).

A orientação Logoterapêutica, em coerência com o seu constructo basilar, pressupõe que o próprio profissional de saúde assuma a responsabilidade de, na liberdade que lhe assiste, se empenhar ativamente no processo de construção do seu sentido de vida. Refere que: “O homem transmite primeiramente pelo que é, depois, pelo que faz e só então pelo que diz” (Acevedo, 2000, citado por (Kraus et al., 2009), p. 78).

Uma revisão sistemática realizada por Lewinson et al. (2015) confirma que os enfermeiros estão conscientes da sua falta de conhecimento, compreensão e competências na área da espiritualidade e cuidados espirituais, e desejam estar melhor informados e qualificados nesta área. Consequentemente, para que os enfermeiros possam apoiar a dimensão espiritual do seu papel, a formação em enfermagem tem um papel vital na sensibilização espiritual e na facilitação da competência e confiança neste domínio.

Desta forma o desenvolvimento da CoCIP, constitui um recurso para a descoberta de sentido do próprio profissional e a otimização da saúde familiar (Kraus & Silva, 2023).

Assim, é necessária mais investigação na área da espiritualidade na formação de enfermeiros, para aumentar a consciencialização sobre a espiritualidade e justificar a sua inclusão consistente nos programas de formação em enfermagem. Embora a educação por si só seja importante, a preparação contínua dos enfermeiros para responder às necessidades de cuidados espirituais na prática é questionável e precisa de ser investigada. Isto

daria alguma perspectiva sobre a integração da teoria com a prática da espiritualidade e demonstraria o valor e a eficácia da educação em espiritualidade a longo prazo. Os benefícios para os enfermeiros seriam uma contribuição para atingirem cuidados holísticos na prática diária de enfermagem (Lewinson et al., 2015).

3. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária área de Saúde Familiar

O Enfermeiro Especialista é o profissional que aprofunda a sua formação numa área clínica específica, adquirindo competências avançadas e um *know-how* que lhe permite prestar cuidados de enfermagem mais diferenciados e complexos (Lopes et al., 2018). De forma mais precisa, o Enfermeiro Especialista detém um corpo de conhecimentos aprofundados e evidencia elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo-se num conjunto de competências clínicas especializadas orientadas para um domínio particular da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Nesta continuidade, o EEESF tem de deter e aplicar um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências na avaliação da saúde da família como unidade de cuidados e também ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir significados e sentidos atribuídos aos processos de saúde/doença norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

O conjunto de competências especializadas resulta do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, materializando-se em competências comuns e específicas. Estas competências são definidas pela OE em regulamentos próprios de cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

3.1. Competências Comuns

A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê que os enfermeiros, para além de apresentarem as competências que constam em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade, partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados.

As competências comuns

são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019, p. 4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas no artigo 4º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, são a Responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais

3.1.1. Responsabilidade Ética e Deontológica

De acordo com as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver a sua prática profissional ética e legal, na sua área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

A autonomia profissional do enfermeiro encontra fundamento jurídico no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Estatuto da OE, sendo o seu exercício orientado pelos princípios e deveres estabelecidos no Código Deontológico.

Perante um problema ético, a fundamentação para a tomada de decisão do Enfermeiro Especialista deve ser sustentada em princípios éticos, como o princípio de autonomia, de não maleficência, de beneficência e de justiça. Cada um dos princípios orienta-se pelo respeito de determinados valores, como autonomia, liberdade, bem-estar, igualdade e imparcialidade (Fernandes, 2010).

Um problema ético para o enfermeiro, diz respeito à dificuldade em escolher qual ação realizar, quando algum acontecimento inesperado afeta a dignidade da pessoa. “É o sentido ético de preocupação com o Outro, num agir profissional que lhe é dirigido que faz nascer a dúvida sobre qual intervenção de cuidado realizar” (Fernandes, 2010, p. 250).

O agir do enfermeiro coloca o Outro no centro da decisão, quando procura a ação que responda às suas necessidades e ao mesmo tempo garanta o exercício dos seus direitos, na medida em que a ação escolhida visa o seu bem-estar e em simultâneo promove a dignidade da vida (Fernandes, 2010).

Na prática especializada de Enfermagem na área de Saúde Familiar, cuidar da família como um todo e de cada um dos seus membros individualmente, pode gerar conflitos entre os direitos de um dos membros com os direitos dos restantes familiares, o que pode tornar mais complexos os problemas bioéticos (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho). Assim torna-se necessário demarcar os direitos da pessoa como parte da família, sem descuidar a saúde familiar.

No Quadro 1 é possível analisar as unidades de competência relativas a esta competência comum do enfermeiro especialista assim como as atividades desenvolvidas ao longo deste mestrado para cumprir os critérios de avaliação.

Quadro 1 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da responsabilidade ética e deontológica

Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	
Unidades de competência	Critérios de avaliação / Atividades realizadas
A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	• Construí estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente/família selecionando as respostas mais apropriadas para cada situação considerando o princípio do respeito pela autonomia entre outros; • Suportei a tomada de decisão no conhecimento e na experiência profissional, tendo aproveitado o programa formativo deste mestrado para o enriquecimento profissional; • Participei na construção da tomada de decisão em equipa junto da enfermeira orientadora

	dos estágios, mas também junto da equipa multidisciplinar; • Promovi o exercício profissional de acordo com as regras deontológicas na equipa de enfermagem onde estive inserida.
A1.2. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	• Colaborei com a equipa na reflexão e discussão das diferentes situações que ocorreram durante os estágios; • Considero que, no decorrer dos estágios adquiri conhecimentos que permitirão liderar, de forma efetiva, futuros processos de tomada de decisão ética na área de especialidade.
A1.3. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	• Orientei a prática para a tomada de decisão baseada em princípios éticos e deontológicos e avaliei os resultados das tomadas de decisão e refleti sobre os mesmos com a orientadora nos diferentes momentos de prestação de cuidados.
A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	
A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.	• No decorrer dos estágios garanti a proteção dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional, tendo sempre em consideração aquilo que seria melhor para o utente; • Assegurei o respeito pelo direito dos utentes no acesso à informação; • Assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, não deixando informação clínica visível e bloqueando a sessão do computador sempre que me ausentava do gabinete; • Respeitei o direito à privacidade, realizando consultas em gabinete próprio, de porta fechada; • Assegurei o respeito pelo direito do utente à escolha e à autodeterminação nos cuidados de saúde, integrando o utente/família na elaboração do seu plano de cuidados e de acordo com as necessidades sentidas por estes;

	• Respeitei os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas de cada indivíduo/família.
A2.2. Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	• Promovi a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica; • Procurei obter o consentimento informado dos utentes e das famílias antes da implementação dos cuidados; • Promovi a livre escolha dos participantes nas entrevistas familiares realizadas, sendo a família a decidir quem estaria presente na consulta; • Adotei uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente e prevenindo a recorrência de incidentes da prática diária.

3.1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade pressupõem que o Enfermeiro Especialista garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e garanta um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O exercício profissional do enfermeiro como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estes constituem ferramentas importantes que auxiliam o papel do enfermeiro junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos. O Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho, estabelece seis categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, e organização dos cuidados.

O exercício do EEESF no domínio da melhoria contínua da qualidade está ancorado também nas orientações estratégicas do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro).

Este Plano, alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 -2030, da Organização Mundial de Saúde, é dinâmico, podendo ser atualizado durante o seu período de implementação, de modo a permitir a sua adaptação às novas necessidades e desafios, constitui-se como uma ferramenta de apoio nos diferentes níveis de cuidados de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e seus cuidadores (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro).

O PNSD 2021-2026 é suportado por cinco pilares, estabelece prioridades e objetivos que visam reforçar a cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro).

O exercício do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade está igualmente ancorado nestas orientações estratégicas, uma vez que a sua atuação contribui diretamente para a implementação de práticas seguras, para a gestão do risco e para a consolidação de uma cultura de segurança nos cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Toda esta análise contribuiu para o desenvolvimento da competência comum, no domínio da melhoria contínua da qualidade, reconhecendo a importância do Enfermeiro Especialista em colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais, o reconhecimento da necessidade da avaliação de práticas, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa, promovendo o bem-estar dos utentes e gerindo o risco (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

No Quadro 2 descrevem-se as atividades realizadas nos estágios tendo em conta as unidades de competência, que permitiram desenvolver a competência comum no domínio da melhoria da qualidade.

Quadro 2 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da melhoria da qualidade

Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	
Unidades de competência	Critérios de avaliação / Atividades realizadas
Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	• Utilizei conhecimentos prévios sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua, obtidos através da formação contínua e por ter integrado uma equipa responsável pelo processo de gestão da qualidade numa instituição em processo de auditoria pela <i>Joint Commission Internacional</i>, tendo-me servido desses conhecimentos na prestação de cuidados.
Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	• Durante o estágio, embora não tenha assumido a liderança direta de projetos formais na área da qualidade, participei ativamente em atividades relacionadas com esta dimensão, em articulação com a minha enfermeira orientadora, que desempenha o papel de elo da equipa ao Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Esta colaboração permitiu-me compreender os processos institucionais associados ao cumprimento de normas de prevenção e controlo de infeção e à monitorização de indicadores de qualidade;

	• Contribuí para a análise e reflexão sobre práticas seguras, integrando diretrizes atualizadas na minha atuação diária e assegurando que cada intervenção refletia os princípios de qualidade e segurança dos cuidados; • Acompanhei a comunicação interna de orientações e resultados relacionados com a área da qualidade, reforçando a importância da disseminação de informação estruturada entre a equipa; • Demonstrei capacidade de colaborar, analisar criticamente e integrar práticas alinhadas com os objetivos institucionais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	
Avalia a qualidade das práticas clínicas.	• Integrei uma prática sustentada em evidência científica e nas normas institucionais, garantindo que cada intervenção refletiu os princípios de qualidade e segurança dos cuidados, permitindo avaliar com sentido crítico as práticas implementadas; • Utilizei instrumentos de avaliação, como registos, escalas e indicadores definidos pela equipa, para monitorizar a eficácia das intervenções e identificar áreas de melhoria. • Acompanhei os processos de monitorização contínua realizados pela minha enfermeira orientadora, nomeadamente no âmbito da PPCIRA compreendendo a importância destes mecanismos para a garantia da qualidade dos cuidados; • A análise dos resultados observados no contexto da prática permitiu-me refletir sobre o impacto das intervenções e reconhecer oportunidades de melhoria. Esta reflexão crítica contribuiu para o desenvolvimento de uma prática mais segura.
Planeia programas de melhoria contínua	• Durante os estágios identifiquei como oportunidade de melhoria a necessidade de promover a reflexão dos enfermeiros sobre o seu sentido de vida e o impacto deste no cuidado às famílias. Face ao tempo limitado, priorizei uma intervenção exequível e de

	impacto imediato, optando pela realização de uma formação em serviço. • Esta formação permitiu sensibilizar a equipa, divulgar evidência científica atualizada e fomentar a reflexão sobre o tema.
Lidera programas de melhoria contínua	• Neste âmbito identifiquei uma necessidade da equipa, planeei e implementei uma intervenção formativa a todos os enfermeiros da USF; • Dinamizei a formação e um momento de reflexão sobre o tema, tendo despertado interesse sobre este tema na equipa de enfermagem.
Garante um ambiente terapêutico e seguro	
Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos	• Procurei, na minha intervenção, respeitar as diferenças culturais e religiosas de cada pessoa e família, bem como da comunidade onde a unidade se insere; • Envolvi a família, no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. • Fomentei a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança dos utentes e famílias;
Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	• Assegurei os princípios da ergonomia e comportamentos que evitem danos nos utentes e profissionais; • Adotei medidas para a segurança de dados e de registos no <i>SClínico</i>. • Refleti junto com a equipa acerca da elaboração do mapa de risco da unidade e da importância do registo de incidentes críticos em plataforma própria.

3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

A atividade das USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde ou da ULS. O Decreto-Lei n.º 298/2007 (de 22 de agosto, 2007), no artigo 5º salienta os princípios de orientação da atividade das USF, entre os quais a Gestão participativa a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e

aumentar a sua satisfação profissional, salvaguardando os conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

Com a reestruturação do SNS ao nível dos CSP e aquando da criação das USF, não foi contemplada a figura de enfermeiro chefe, que existia até então e que tinha como função a liderança da equipa de enfermagem, a gestão dos recursos humanos e materiais, gestão dos cuidados de enfermagem; e gestão de atividades de formação. A liderança, no novo modelo de gestão centraliza-se no médico coordenador da USF que, pode delegar algumas funções a outros elementos da equipa multiprofissional.

Nas USF, o enfermeiro exerce funções de gestão quando pertence ao Conselho Geral ou Conselho Técnico de acordo com o estipulado no Decreto-Lei n.º 298/2007 (de 22 de agosto). Apesar do decreto dar preferência a que o enfermeiro que ocupe um lugar no Conselho técnico seja detentor de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, não obriga que este detenha a competência acrescida em gestão.

O enfermeiro gestor é o profissional com competência acrescida avançada em gestão, atribuída pela OE, a quem foi reconhecido um conjunto de competências diferenciadoras no domínio específico da gestão do Serviço de Enfermagem, desenvolvidas, na generalidade, através das atividades de planeamento, organização, direção e controlo, sendo o responsável, em primeira linha pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro).

O modelo de gestão de cuidados adotado pela Enfermagem deve orientar a organização dos serviços de forma a alcançar os objetivos institucionais através de práticas de gestão e de cuidado coerentes com a missão, visão e valores da organização onde prestam serviços (Silva et al., 2022).

As mudanças que se têm verificado em termos de Políticas de Saúde, realçam a importância da Gestão enquanto foco de atenção e de atuação por parte dos enfermeiros. Segundo o REPE, artigo 9.º, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

Deste modo, o processo de trabalho de Enfermagem requer o exercício da competência de liderança desde a gestão da equipa de enfermagem até a outros níveis organizacionais, como a gestão dos serviços de saúde. A liderança é a competência necessária ao exercício da profissão de Enfermagem, o que torna os enfermeiros capazes de influenciar a sua equipa a fim de assegurar a prestação de cuidados focados nas reais necessidades de saúde dos seus utentes e familiares (Silva et al., 2022).

Deste modo, no que respeita às competências do domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

As atividades realizadas em contexto de estágio, com vista ao desenvolvimento das competências neste domínio estão espelhadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio da gestão de cuidados

Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	
Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação / Atividades realizadas
Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	• Cumpri as normas, protocolos e procedimentos institucionais que orientam a prestação de cuidados na unidade; • Reconheci a necessidade de referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, tendo elaborado referência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e disponibilizei-me para ajudar na utilização da plataforma; • Fiz uma gestão criteriosa dos recursos disponíveis, evitando desperdícios e garantindo a sua utilização racional, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade; • Ajustei prioridades e articulei intervenções, otimizando o tempo e os meios disponíveis, ajustando por exemplo o horário das visitas domiciliárias em articulação com a restante equipa; • Utilizei plataformas informáticas adequadas para controlo de rastreios e assegurar a continuidade dos cuidados.
Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	• No decorrer do Estágios, disponibilizei-me para apoiar a equipa nos diferentes contextos e necessidades da mesma. • Apliquei procedimentos de gestão aos cuidados prestados; • Colaborei sempre em métodos de organização de trabalho adequados, sendo responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos utentes e famílias do ficheiro estudado; • Utilizei eficientemente os recursos disponíveis de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados; • Estive atenta se determinadas tarefas eram executadas de forma consistente, segura e de acordo com os protocolos da unidade, nomeadamente higienização dos gabinetes de enfermagem entre consultas assegurando a segurança e a qualidade dos cuidados.

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	
Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	• Durante o estágio, garanti que a minha prática seguia a legislação, políticas e procedimentos institucionais, assegurando a segurança, qualidade e uniformidade na prestação de cuidados; • Organizei o trabalho de forma estruturada, priorizando intervenções e ajustando o planeamento diário às necessidades dos utentes e ao funcionamento da unidade; • Contribuí para a coordenação da equipa ao facilitar a comunicação, articular intervenções e apoiar colegas promovendo um funcionamento colaborativo; • Utilizei os recursos disponíveis de forma racional e proporcional às necessidades dos utentes, otimizando tempo, materiais e intervenções para manter a qualidade e eficiência dos cuidados.
Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	• Identifiquei as funções específicas de cada elemento da equipa, ajustando a minha atuação em conformidade, respeitando e valorizando o contributo de cada profissional; • Solicitei apoio e articulei intervenções com outros profissionais, reconhecendo a interdependência das funções na continuidade dos cuidados; • Mantive-me sempre disponível, demonstrei iniciativa e autonomia adaptando-me às rotinas da unidade, contribuindo para um clima de trabalho harmonioso e organizado; • Vivenciei um ambiente positivo e promovi estratégias de motivação, através do reforço positivo das boas práticas; • Em situações de maior pressão adotei uma comunicação assertiva e orientada para prioridades e obtive o apoio e da enfermeira orientadora, que sempre se mostrou disponível.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A associação entre a formação e as atitudes é importante já que todos os profissionais de saúde deveriam possuir conhecimentos das dinâmicas familiares, teoria dos sistemas familiares e intervenção familiar desde a formação de base, conseguindo por consequência, aperfeiçoar as suas competências durante a atividade profissional (Wright & Leahey, 2011).

Relativamente às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade no âmbito da práxis clínica especializada, considerando a evidência científica. O enfermeiro especialista deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Relewa a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional. O enfermeiro especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

As atividades realizadas em contexto de estágio, com vista ao desenvolvimento das competências neste domínio estão refletidas no Quadro 4.

Quadro 4 - Competência comum do enfermeiro especialista: domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	
Unidades de competência	Critérios de avaliação / Atividades realizadas
Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	• Procuo continuamente o autoconhecimento e como isso pode interferir no relacionamento com o utente/família e com a equipa multidisciplinar, reconhecendo que a relação pessoal é afetada pela influência pessoal; • Reconheço os recursos e limites pessoais, profissionais e como estudante;
Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	• Tive em conta não só a perceção própria, mas também a perceção que os outros têm de mim; • Geri os sentimentos e emoções de forma a dar uma resposta eficiente; • Antecipei situações de eventual conflitualidade e utilizo técnicas de prevenção e resolução de conflitos;
Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	• Orientei a prática para a tomada de decisão baseada em princípios éticos e deontológicos e avaliei os resultados das tomadas de decisão em conjunto com a orientadora nos diferentes momentos de prestação de cuidados.

Baseia a sua <i>praxis</i> clínica especializada em evidência científica	
Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	• Procurei com a enfermeira orientadora necessidades formativas na equipa de forma a colaborar na formação interna em saúde familiar; • Realizei formação à equipa de enfermagem sobre: 1. A importância do Sentido de vida na Família com um elemento com Doença Crónica; 2. O Cuidar Baseado nas Forças.
Suporta a prática clínica em evidência científica	• Promovi, junto da equipa, a incorporação do novo conhecimento e da especialização em ESF no contexto da prática de cuidados em USF. • Procurei despertar interesse e momentos de reflexão sobre a importância da dimensão espiritual e do sentido de vida e o impacto na prestação de cuidados e na satisfação profissional; • Realizei uma revisão integrativa da literatura, recolhi e interpretei os dados obtidos que contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da ESF.
Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	• Possuo conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada segura e competente; • Aproveitei as oportunidades de aprendizagem tanto na componente teórica como na competente prática deste mestrado; • Implementei durante os estágios, o conhecimento científico, todos os modelos de enfermagem e os instrumentos de avaliação e intervenção que apresentei no capítulo anterior.

3.2. Competências Específicas

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar desenvolve competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar utilizando a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas (OE, 2023).

Por competências específicas entendem-se as

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, p.4745).

A enfermagem de saúde familiar emergiu como um campo autónomo e diferenciado da enfermagem comunitária, uma vez que apesar de manter o enquadramento em CSP, o alvo dos cuidados é diferente. Na enfermagem de saúde familiar o foco dos cuidados é a família como unidade, considerando a sua especificidade e unicidade (Figueiredo, 2023).

Sublinhando a crescente relevância do papel atribuído ao enfermeiro de família, eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e prestação de CSP, foi publicado a 16 de julho de 2018, o Regulamento n.º 428/2018, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar:

- Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

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

Relativamente à primeira competência, e atendendo ao seu descritivo, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar considera a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Esta competência reforça a continuidade e o fortalecimento da centralidade da família enquanto cliente dos cuidados. A compreensão dos fenómenos inerentes à prática de enfermagem de saúde familiar assenta num paradigma ecossistémico, cuja matriz conceptual é entendida numa perspetiva sistémica, holística e globalizante (Figueiredo, 2023).

No Quadro 5 estão descritas as unidades de competência relativas à primeira competência específica, do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, bem como as atividades realizadas durante o processo que permitiram o desenvolvimento da mesma. A realização do processo de enfermagem, de forma aprofundada, através da aplicação do Modelo *Calgary* de avaliação e intervenção familiar a uma família selecionada pertencente ao ficheiro da enfermeira orientadora (Apêndice I), contribuiu significativamente para a aquisição desta competência específica (Quadro 5).

Quadro 5 - Competência específica: 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- unidade de competência e atividades realizadas

Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	
Unidades de competência	Crítérios de avaliação / Atividades realizadas
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas	• Abordei as famílias com disponibilidade e criatividade, de forma a responder às suas necessidades; • Conhecer as famílias de forma mais aprofundada permitiu-me ter uma visão sobre os seus potenciais, conhecer os seus projetos de saúde que são no fundo o alicerce dos cuidados; • Estabeleci uma relação terapêutica e empática, baseada no respeito pelas crenças, valores e desejos da família, considerando cada família única, com a sua complexidade e diversidade, o que permitiu uma parceria com a mesma no planeamento do processo de cuidados.; • Assumi uma atitude de respeito face à competência das famílias para tomarem decisões e em conjunto elaborar um plano de cuidados com vista à sua satisfação, indo ao encontro de um dos padrões de qualidade que diz respeito à satisfação do cliente; • Estabeleci relações terapêuticas baseadas no modelo do CBF, e compreendi a importância a demonstrar interesse em conhecer os pontos fortes e potencialidades da família; • Integrei que são necessários vários contactos e entrevistas com a família, de forma a estabelecer uma relação de confiança e harmoniosa, como preconiza o modelo de Travelbee. Uma dificuldade sentida é que o estabelecimento dessa “harmonia” na relação enfermeiro-utente/família não se dá ao mesmo ritmo em todas as famílias, o que constitui um desafio. • Recolhi dados sobre o histórico familiar, fatores de risco, crenças, cultura, estrutura familiar, interações entre os seus elementos, entre outros dados relevantes que vão de encontro ao Modelo utilizado, o MCAF;

Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família	• Recolhi dados sobre o histórico familiar, fatores de risco, crenças, cultura, estrutura familiar, interações entre os seus elementos, entre outros dados relevantes que vão de encontro ao Modelo utilizado, o MCAF; • Recorri a vários instrumentos de avaliação como o genograma, ecomapa, Classificação social internacional proposta por Graffar, FACES II e APGAR Familiar de <i>Smilkstein</i>. Com a aplicação destes instrumentos pude compreender a complexidade do sistema familiar, através da identificação dos recursos, das forças e dos problemas, de forma a planear as intervenções adequadas às necessidades sentidas por cada família; • As visitas domiciliárias enriquecem a colheita de dados, permitindo a observação da interação entre os membros da família, dos padrões de comunicação e as rotinas familiares, no seu contexto; • Uma das dificuldades encontradas foi a aplicação de alguns instrumentos de avaliação familiar, nomeadamente a FACES II, que requer uma forma de cálculo específica e dificulta a sua utilização. Era importante ainda que estes instrumentos estivessem incluídos no <i>SCLínico</i>, para poderem ser utilizados na prática de forma mais consistente.
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas	• Recorri aos conteúdos e conhecimentos adquiridos na componente teórica, nomeadamente a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética, a Terapia Familiar entre outras que contribuíram para um melhor entendimento das relações entre os elementos da família e os seus padrões de reposta em situações complexas; • Foi essencial enquadrar cada família na etapa de desenvolvimento familiar em que se encontra, identificar as tarefas e vínculos existentes, as que necessitam emergir, bem como os recursos internos e externos desta família.
Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidencia científica	• Tive como objetivo de intervenção a capacitação da família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde;

	• Considerei cada família um sistema aberto, que contém subsistemas e está contido noutros sistemas mais amplos, (saúde, serviço de apoio domiciliário, a família alargada) e que todos se influenciam mutuamente; • Criei um ambiente calmo e seguro para a discussão de temas difíceis através da consulta de enfermagem em gabinete ou no domicílio da família, mostrando a minha disponibilidade e atenção; • Respeitei a capacidade da família para tomar decisões e explorarem os seus problemas, ajudei a definir objetivos e metas que levassem a um maior bem-estar de acordo com o seu modo de vida, não esquecendo que a família tem propriedades tais como a Totalidade, equifinalidade, retroação e auto-organização; • Colaborei com a família no desenvolvimento de um plano de cuidados, a fim de alcançar os resultados desejados pela mesma.
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas	• Realizei entrevistas familiares e utilizei técnicas e estratégias aprendidas na componente teórica; • Desenvolvi e avaliei as intervenções de enfermagem, com as famílias de forma a atingir as mudanças delineadas pelas mesmas, nas situações de transições complexas de saúde; • Desenvolvi com as famílias formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos. Utilizando por exemplo técnicas da terapia familiar como uma forma de solução; • Integrei uma visão holística da família nas intervenções de enfermagem. Considerando todas as dimensões da pessoa na avaliação e intervenção, não esquecendo a espiritual; • Garanti ambientes seguros e saudáveis para todas as famílias, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com a saúde; • Mantive sempre como referência os conhecimentos adquiridos que guiam a intervenção do enfermeiro especialista, nomeadamente os Padrões de Qualidade dos

	Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa	• Incentivei cada família a partilhar a sua história de forma a compreender a sua funcionalidade nos processos de transição anteriores, de acordo com a Teoria das Transição de Meleis; • Em conjunto com a família, promovi a identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança utilizando o CBF; • Identifiquei e analisei a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, as dificuldades e suportes, de forma a influenciar a mudança e explorei estratégias para melhorar a dinâmica familiar e alcançar os seus objetivos; • Realizei registos eletrónicos de saúde no programa de saúde familiar, documentando assim o processo de cuidados.
Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar	• Procurei orientação da enfermeira orientadora e equipa a fim de melhorar a minha prática; • Avaliei continuamente e refleti sobre a minha prática, enquanto enfermeira de família, no sentido de melhorar o meu desempenho; • Prestei cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os padrões preconizados e respeitando o Código Deontológico; • Procurei o meu desenvolvimento pessoal e profissional contínuo com o estudo e aplicação dos conteúdos lecionados neste mestrado.
Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	• Criei momentos para avaliar e refletir na relação enfermeira – utente/família, tendo por base o Modelo-pessoa-a-pessoa; • Avaliei os resultados dos cuidados de enfermagem na resposta aos objetivos familiares e na obtenção de ganhos em saúde, registando as alterações de status dos focos de enfermagem no processo clínico; • Integrei a investigação e a evidência clínica no planeamento dos cuidados de enfermagem.

3.2.2. Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

No que se reporta à segunda competência, direcionada para a liderança e colaboração nos processos de intervenção em enfermagem de saúde familiar, salienta-se o envolvimento ativo na prática de enfermagem de saúde familiar; a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e ainda a gestão do sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (Figueiredo, 2023).

As unidades de competência e respetivos critérios de avaliação remetem essencialmente para os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. No quadro 6, descreve-se as atividades desenvolvidas para cada unidade de competência de forma a adquirir esta competência específica.

Quadro 6 - Competência específica: lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar - unidade de competência e atividades realizadas

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de Saúde familiar	
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação / Atividades realizadas
Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	• Promovi a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família, através de visitas domiciliárias conjuntas com a médica de forma a avaliar em conjunto a referênciação; • Geri a continuidade dos cuidados de saúde da família sobre a qual incidiu o estágio II, referenciando o utente para a RNCCI para a tipologia de “Descanso do prestador de cuidados”, em concordância com o utente e família; • Contribui com os meus conhecimentos a nível da RNCCI para ajudar a equipa nas referênciações para a mesma, nomeadamente na utilização da plataforma e escolha da tipologia mais adequada para o utente e família; • De forma a dar visibilidade ao trabalho efetuado na área de enfermagem de saúde familiar, é sempre registado todo o trabalho realizado com as famílias.
Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção	• Planeei, desenvolvi e avaliei os cuidados de saúde a famílias ao longo do estágio, nomeadamente à família onde intervi de forma mais aprofundada no estágio II; • Planeei um projeto de melhoria continua com o tema: “O conhecimento dos enfermeiros para a promoção do sentido de vida em famílias com

	elemento com doença crónica”, no entanto não foi implementado pelo que realizei formação a todos os enfermeiros da USF sobre: 1.A importância do Sentido de vida na Família com um elemento com Doença Crónica; 2. O Cuidar Baseado nas Forças (Apêndice 2), de forma a suscitar a reflexão e posterior implementação desse conhecimento na prática; • Desenvolvi uma visão da enfermagem de saúde familiar tendo em conta os diversos níveis de prevenção, assim como uma cultura organizacional, de formação contínua, de prática e de investigação profissional.
--	--

4. Prática Especializada Baseada na Evidência - Revisão Integrativa da Literatura

A evidência pode ser definida como a base da crença. Os profissionais de saúde necessitam de uma variada conceptualização da evidência, para que ao tomar decisões clínicas saibam se a sua abordagem é viável, apropriada, significativa e eficaz (Vilelas, 2025).

Como tal, podemos definir cuidados de saúde baseados na evidência como a tomada de decisão clínica que considera a viabilidade, a adequação, a significância e a eficácia das práticas de cuidados de saúde, tendo em conta o contexto em que o cuidado é prestado (Vilelas, 2025).

A investigação científica permite-nos obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis e implica desenvolver um delicado equilíbrio entre a aplicação de normas mais ou menos pré-estabelecidas pelo método e uma certa dose de criatividade e originalidade (Vilelas, 2025).

Neste processo entra a liberdade de pensamento do investigador, que por sua vez se confronta com o peso das metodologias de investigação e os rituais próprios da elaboração do conhecimento científico (Vilelas, 2025).

4.1. Introdução

A população mundial enfrenta um grave problema de saúde pública com efeito em termos de morte prematura e incapacidade - a doença crónica. Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a percentagem de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado fixou-se nos 42,3%, mais 10,2 pontos percentuais do que em 2004, afetando mais os idosos (68,1%) e as mulheres (45,9%) (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

Em 2024, cerca de 30% da população empregada referia morbilidade crónica, proporção que aumentava para quase 40% no caso da população desempregada (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

O mesmo boletim indica que, em 2023, Portugal era o terceiro país da União Europeia com a maior proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado (44,5%), cuja média era de 35,1% (Instituto Nacional de Estatística, 2025).

Muitas doenças crónicas não têm grande impacto na vida das pessoas e dos seus familiares, no entanto as doenças crónicas graves representam uma crise implicando por parte das pessoas um processo de aprendizagem e adaptação (Brannon et. al., 1997, citado por Mendes, 2004).

A doença crónica é um evento adverso que surge na vida da pessoa, abalando as suas estruturas internas e externas, o que implica mudanças tanto para a pessoa que está doente como para a família e meio onde está inserida (Meleis et al., 2017, citado por Batista et al., 2021).

A doença é um fenómeno que é vivido como uma experiência de crise e por norma desencadeia um processo de significações pessoais que são as principais responsáveis pelo sofrimento que lhe está associado. No entanto, o sofrimento sendo inevitável e recorrente ao longo da vida, é necessário que se aprenda a integrá-lo, pois pode assumir um papel positivo, como fator de reajustamento através da procura de significados e novos sentidos para a vida (Gameiro, 2004).

Compreender e aliviar o sofrimento humano devem ser entendidos como elementos fundamentais do cuidar em enfermagem, sendo de preocupação ética e moral, a procura do seu alívio (Batista, 2018).

Para que o alívio do sofrimento seja efetivo é necessário que a intervenção de enfermagem vá ao encontro de todas as necessidades da pessoa: controlo de sintomas, cuidar com compaixão, promover a autodeterminação, promover a aceitação da doença, promover a adaptação saudável à nova condição, prestar cuidados espirituais e facilitar a prática religiosa (Batista & Martins, 2016).

Nesta continuidade, Whright (2017) afirma que a espiritualidade é um reconhecido mecanismo pessoal de coping, sendo fundamental para o alívio do sofrimento, a atribuição de sentido à vida e promoção de esperança (Batista et al., 2021).

A espiritualidade é uma dimensão interior do ser humano que transcende a razão, é invisível e difícil de mensurar, mas é real e move a vida de forma determinante. É a capacidade própria do Ser Humano de sair de si, de se transcender, de se centrar no outro, no sentido da vida e nos valores (Betto et al., 2011).

Quando a espiritualidade se traduz em princípios e valores que visam o bem do outro, exerce-se a ética (Souza et al., 2012). É esta ética que rege o código deontológico do enfermeiro que, ao ser confrontado com a fragilidade e vulnerabilidade humana na sua prática diária, tem deveres éticos para com o cliente, a família, a comunidade e a profissão (Lei nº 111/2009 de 16 de setembro).

Apesar da evidência nos definir como seres espirituais, vivemos numa sociedade impregnada de valores ligados à vida material. Negar a espiritualidade é o primeiro passo para se perderem valores como a compaixão, solidariedade, amor e justiça, que inspiram o nosso modo de ser e agir, em prol do bem comum (Souza et al., 2012).

A ciência trouxe progressos e contribuições importantes para a medicina, as especialidades e subespecialidades multiplicaram-se, o modelo biomédico é o reflexo desta sociedade que fragmenta a pessoa humana, ocupando-se maioritariamente do corpo e da doença. Como consequência foi deixada para segundo plano a visão conjunta e holística do ser humano no seu contexto biopsicossocial e espiritual (Souza et al., 2012).

Nos últimos tempos, o crescente interesse do estudo da espiritualidade, na área da saúde, revela uma mudança de paradigma do cuidar em enfermagem. É o resultado de uma abordagem mais centrada na pessoa, que torna o cuidado espiritual mais importante, no cuidado das pessoas com doença crónica (Austin, et al., 2017, citado por Batista et al., 2021).

O bem estar espiritual é, de acordo com a CIPE® (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem) uma “imagem mental de estar em contacto com o princípio de vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial” (OE, 2011, p.41).

O cuidado espiritual é um cuidado individualizado e singular que promove o autoconhecimento, a relação com os outros, o contacto com a natureza, reduz a ansiedade, promove o conforto, proporciona bem-estar e paz interior, promove a relação com uma divindade superior, ajudando a pessoa a sentir-se confortada, a lutar contra o medo, a manter a força interior e lutar contra a solidão, promovendo a esperança (Edwards et al., 2010).

Segundo os mesmos autores, os obstáculos aos cuidados espirituais incluem falta de tempo, fatores pessoais, culturais ou institucionais, e necessidades educativas profissionais (Edwards et al., 2010).

Os enfermeiros e as famílias são reconhecidos como elementos fundamentais no alívio do sofrimento, daí a necessidade de uma maior sensibilização desses atores, maior necessidade de intervenções e preparação de modo a que a sua atuação corresponda às expectativas dos Doentes (Batista, 2018).

Colocando o foco na prática da enfermagem torna-se evidente que a compreensão desta problemática se revela essencial, uma vez que garante à pessoa com doença crónica um processo de adaptação mais positivo potenciando simultaneamente ganhos em saúde (Batista, 2018).

Para Vilelas (2025, p. 23) “ (...) nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Desta forma, não havendo dúvidas da importância da espiritualidade para encontrar “um sentido” nos momentos de desespero, particularmente na doença crónica e do reconhecido papel do enfermeiro neste caminho, torna-se necessário investigar acerca deste tema.

Segundo Vilelas (2025), a revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, cujo objetivo é obter uma compreensão profunda de um determinado fenómeno, baseando-se em estudos secundários. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Neste sentido, opta-se por realizar uma revisão integrativa da literatura, que pretende perceber qual é o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida nas famílias com elemento com doença crónica.

O método de revisão integrativa é a única abordagem que permite a combinação de metodologias diversas (por exemplo, investigação experimental e não experimental) e tem o potencial de desempenhar um papel mais relevante na prática baseada em evidência na enfermagem (Whittemore & Knaf, 2005).

4.2. Metodologia

A presente revisão integrativa da literatura foi conduzida de acordo com o referencial metodológico proposto por Whittemore & Knaf, (2005), que descreve a revisão integrativa como um processo sistemático e rigoroso composto por cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: identificação do problema, pesquisa da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados.

Este enquadramento metodológico permitiu integrar estudos com diferentes desenhos de investigação, assegurando simultaneamente rigor científico e uma abordagem compreensiva a um fenómeno complexo e multifacetado, como o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida no contexto de famílias com um elemento com doença crónica.

A condução da revisão seguiu as recomendações metodológicas para revisões integrativas e foi reportada conforme as orientações do PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

A revisão foi orientada pela seguinte questão de investigação: **Qual é o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família com um elemento com doença crónica?**

A questão foi estruturada segundo o modelo PCC (População, Conceito, Contexto), recomendado para revisões integrativas e *scoping reviews*, como se verifica no Quadro 7.

Quadro 7 - Modelo PCC (população, conceito, contexto)

População (P)	Enfermeiros
Conceito (C)	Conhecimento sobre a importância do sentido de vida, propósito de vida ou significado de vida
Contexto (C)	Família com elemento com doença crónica

Este enquadramento permitiu delimitar com clareza o foco da revisão e orientar todas as etapas do processo metodológico.

Foi definida uma estratégia de pesquisa sistemática, desenvolvida com base na questão de investigação e na estrutura PCC. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCOhost) e SciELO.

A estratégia de pesquisa combinou descritores controlados (MeSH, CINAHL Headings) e termos livres, adaptados às especificidades de cada base de dados e que incluíram sinónimos em inglês, português e espanhol.

Foram utilizados termos relacionados com:

- a população (ex.: nurses, enfermeiros),
- o conceito (ex.: knowledge, awareness, perception, meaning in life, purpose in life, existential, spiritual care),
- o contexto (ex.: chronic disease, chronic illness, family, caregiver, patient).

Princípios gerais da pesquisa

- As pesquisas foram realizadas desde a criação de cada base de dados até 20 de janeiro de 2026.
- Não foram aplicadas restrições quanto ao idioma, à data de publicação ou ao tipo de estudo.
- As estratégias foram adaptadas às especificidades técnicas de cada base de dados/plataforma, mantendo-se a coerência conceptual.

A pesquisa foi realizada de forma detalhada, transparente e reproduzível, as estratégias de pesquisa bibliográfica utilizadas, em conformidade com as recomendações do PRISMA-S (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses – Search extension*), como se verifica no Quadro 8.

Quadro 8 - Estratégia de pesquisa nas bases de dados

Base de dados / plataforma de pesquisa/data de pesquisa	Estratégia de pesquisa	Resultados
MEDLINE (via PubMed) Data da pesquisa: 20 de janeiro de 2026 Limites aplicados: Nenhum	(("nurs*" OR "Nurses"[MeSH Terms]) AND ((knowledge OR awareness OR perception* OR attitude*) AND (assess* OR evaluat* OR explore* OR examine* OR survey* OR questionnaire* OR interview*)) AND ("meaning in life" OR "purpose in life" OR meaning-making OR existential OR "sense of coherence" OR ("spiritual care" AND meaning)) AND (("chronic disease" OR "chronic illness")AND(family OR caregiver* OR patient*)))	57
CINAHL (via EBSCHOnhost) Data da pesquisa: 20 de janeiro de 2026 Limites aplicados: Nenhum	((MH "Nurses+" OR TI nurs* OR AB nurs*)AND((TI (knowledge OR awareness OR perception* OR attitude*) OR AB (knowledge OR awareness OR perception* OR attitude*)) AND (TI (assess* OR evaluat* OR explore* OR examine* OR survey* OR questionnaire* OR interview*) OR AB (assess* OR evaluat* OR explore* OR examine* OR survey* OR questionnaire* OR interview*))) AND (TI ("meaning in life" OR "purpose in life" OR meaning-making OR existential OR "sense of coherence") OR AB ("meaning in life" OR "purpose in life" OR meaning-making OR existential OR "sense of coherence") OR (TI "spiritual care" AND TI meaning) OR (AB "spiritual care" AND AB meaning)) AND ((MH "Chronic Disease+" OR TI "chronic disease" OR AB "chronic disease" OR TI "chronic illness" OR AB "chronic illness") AND (MH "Family+" OR TI family OR AB family OR TI caregiver* OR AB caregiver* OR TI patient* OR AB patient*)))	10
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCOhost) Data da pesquisa: 20 de janeiro de 2026 Limites aplicados: Nenhum	((SU(Nurses) OR TI(nurs*) OR AB(nurs*)) AND ((TI(knowledge OR awareness OR perception* OR attitude*) OR AB(knowledge OR awareness OR perception* OR attitude*)) AND(TI(assess* OR evaluat* OR explore* OR examine* OR survey* OR questionnaire* OR interview*) OR AB(assess* OR evaluat* OR explore* OR examine* OR survey* OR questionnaire* OR interview*))) AND (TI("meaning in life" OR "purpose in life" OR meaning-making	5

	OR existential OR "sense of coherence") OR AB("meaning in life" OR "purpose in life" OR meaning-making OR existential OR "sense of coherence") OR (TI("spiritual care") AND TI(meaning)) OR (AB("spiritual care") AND AB(meaning))) AND ((SU("Chronic Disease") OR TI("chronic disease") OR AB("chronic disease") OR TI("chronic illness") OR AB("chronic illness")) AND (SU(Family) OR TI(family) OR AB(family) OR TI(caregiver*) OR AB(caregiver*) OR TI(patient*) OR AB(patient*))))	
SciELO (via SciELO platform) Data da pesquisa: 20 de janeiro de 2026 Limites aplicados: Nenhum	(enfermeiro* OR enfermagem OR nursing) AND (conhecimento OR percepção OR percepção OR atitudes OR awareness) AND (avali* OR explor* OR estudo OR inquérito OR questionário OR entrevista) AND ("sentido de vida" OR "significado da vida" OR "propósito de vida" OR existencial OR espiritual*) AND ("doença crónica" OR "doença crônica" OR "chronic disease" OR "chronic illness") AND (família OR familiar* OR cuidador* OR caregiver* OR patient*)	8

Foram considerados elegíveis estudos empíricos que abordassem o conhecimento, as percepções ou as concepções dos enfermeiros relativamente ao sentido de vida em contextos de doença crónica, incluindo, explicitamente ou implicitamente, a família como contexto relacional do cuidado. Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos com texto integral disponível. Excluíram-se teóricos, editoriais, revisões da literatura e focados exclusivamente em cuidados paliativos ou fim de vida.

O processo de seleção dos estudos decorreu em várias etapas sequenciais, incluindo a remoção de duplicados, a triagem por título e resumo e a leitura integral dos artigos potencialmente elegíveis. A descrição detalhada do número de estudos identificados, excluídos e incluídos em cada fase é apresentada na secção de Resultados, através do fluxograma PRISMA 2020.

A extração dos dados foi realizada com recurso a uma grelha previamente construída, permitindo a recolha sistemática da informação relevante para os objetivos da revisão. Foram extraídos dados relativos à identificação dos estudos, às características metodológicas, ao contexto, à população, aos conceitos avaliados, ao tipo de conhecimento analisado, ao enquadramento da família, aos principais resultados, aos contributos para a prática de enfermagem e às limitações identificadas pelos autores (Apêndice 3).

Os dados extraídos foram analisados através de uma síntese temática, de natureza indutiva, o que permitiu identificar padrões, convergências e lacunas no conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida no contexto da família com um elemento com doença crónica. Os resultados foram organizados em áreas temáticas, respeitando a diversidade metodológica dos estudos incluídos e assegurando a coerência com o enquadramento conceptual da revisão.

Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, baseada exclusivamente em estudos previamente publicados, não foi necessária aprovação por uma comissão de ética. Foram, no entanto, respeitados os princípios éticos da investigação científica, nomeadamente a integridade académica, a transparência metodológica e a correta citação das fontes utilizadas.

4.3. Resultados

Processo de seleção dos estudos

A pesquisa bibliográfica permitiu identificar um total de 80 registos nas bases de dados anteriormente referidas. Após a remoção de 14 registos duplicados, restaram 66 registos para a fase de triagem por título e resumo.

Nesta fase, 24 registos foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Dos 42 artigos selecionados para leitura integral, 3 não foram recuperados, totalizando 39 artigos avaliados quanto à elegibilidade. Após a leitura integral, 35 artigos foram excluídos, principalmente por não incluírem enfermeiros como população-alvo ou por não abordarem o conceito de interesse da revisão.

No final, 4 estudos preencheram integralmente os critérios de inclusão e foram incluídos na revisão integrativa. O fluxograma PRISMA sintetiza este processo (Figura 9).

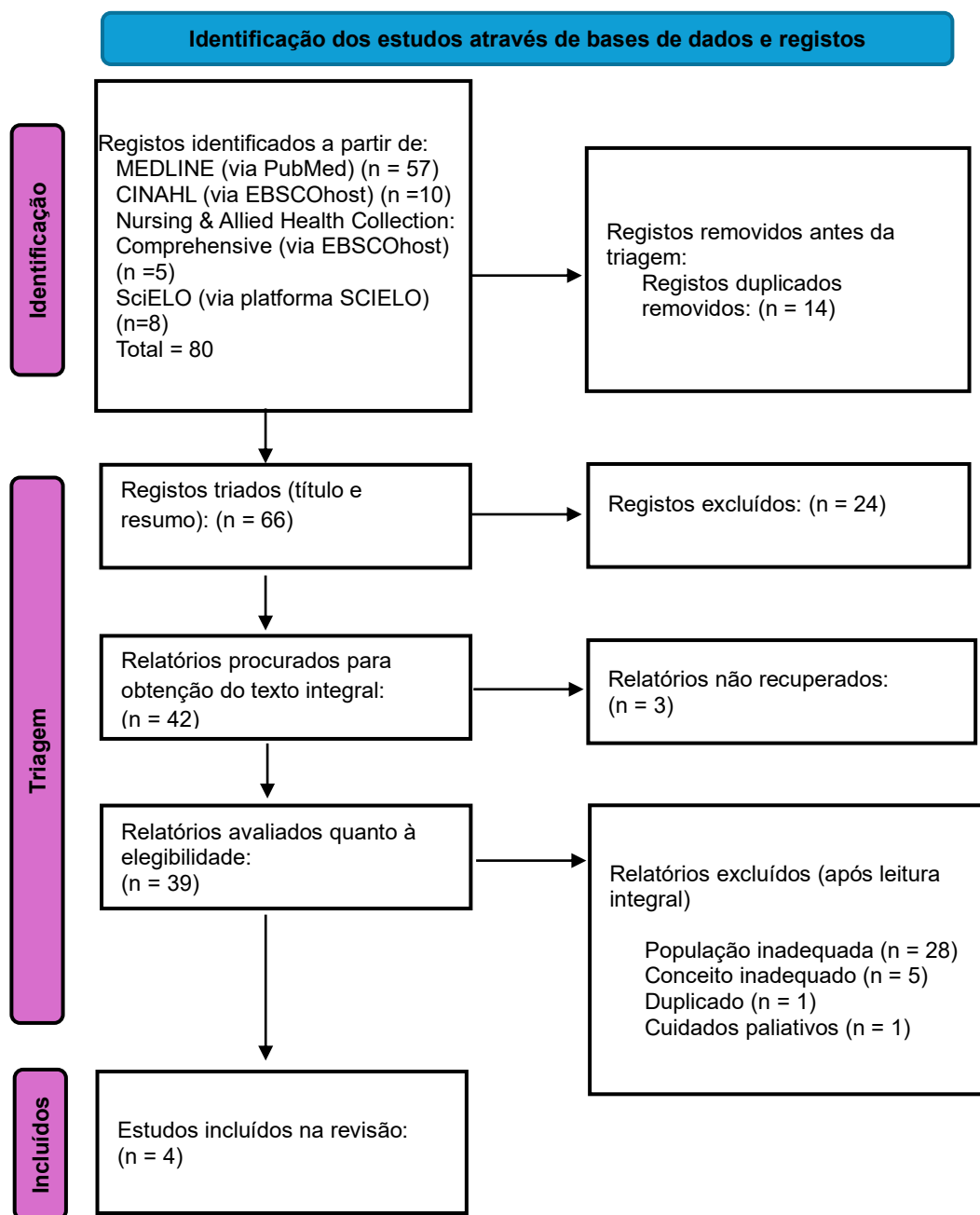


Figura 9 - Diagrama de fluxo prisma 2020 do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa

Caracterização geral dos estudos incluídos

Foram incluídos quatro estudos que abordam o conhecimento, as percepções ou as conceções dos enfermeiros relativamente a dimensões associadas ao sentido de vida, nomeadamente qualidade de vida, espiritualidade, sofrimento existencial e práticas relacionais, no contexto da doença crónica. Os estudos foram publicados entre 1996 e 2017 e desenvolvidos na Noruega, na Bélgica, no Brasil e na Colômbia.

Todos os estudos incluíram enfermeiros como população-alvo. Contudo, apenas um estudo aborda explicitamente o conhecimento conceptual dos enfermeiros sobre o significado atribuído à vida no contexto

do cuidado (Hanestad, 1996). Nos restantes estudos, o conhecimento sobre o sentido de vida surge de forma implícita, inferido a partir das percepções, práticas e discursos dos enfermeiros (Silva et al., 2015; Vargas-Escobar, 2017; Moonen et al., 2016).

Relativamente ao contexto familiar, a família é abordada de forma explícita em apenas um estudo (Silva et al., 2015), surgindo nos restantes como contexto relacional indireto ou não sendo claramente operacionalizada.

Conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida

Nesta revisão, o termo “conhecimento” é entendido em sentido amplo, incluindo conhecimento conceptual explícito, mas também formas implícitas de compreensão profissional inferidas a partir das percepções, práticas e narrativas dos enfermeiros.

1 - Conhecimento explícito e conceptual

No estudo de (Hanestad, 1996), os enfermeiros evidenciam uma compreensão explícita sobre a importância do significado atribuído à vida, conceptualizando a qualidade de vida como uma experiência subjetiva fortemente associada ao *meaning in life*. Os participantes reconhecem que o sentido de vida influencia a forma como as pessoas lidam com a doença e com as limitações impostas, o que é considerado relevante para a prática de enfermagem.

Este estudo não aborda diretamente a família como unidade de cuidado, centrando-se na percepção dos enfermeiros em relação ao doente individual.

2 - Conhecimento implícito derivado da prática de cuidados

Nos estudos de Silva et al. (2015) e Moonen et al. (2016), o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida não é apresentado de forma conceptual ou direta, emergindo antes de forma implícita a partir das práticas e das narrativas profissionais.

Em Silva et al. (2015), os enfermeiros reconhecem a família como parte integrante do cuidado à criança com condição crónica, utilizando estratégias relacionais, emocionais e espirituais que favorecem a adaptação familiar à doença. Embora o termo “sentido de vida” não seja explicitamente utilizado, os discursos permitem inferir uma compreensão implícita da importância da construção de significado na vivência familiar da doença crónica.

No estudo de Moonen et al. (2016), os enfermeiros descrevem o sofrimento existencial associado à doença crónica em contexto de saúde mental, reconhecendo a perda de sentido e a necessidade de apoio relacional. Contudo, este contributo é apenas parcial para a presente revisão, uma vez que privilegia a relação com o doente e não o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família. A família surge apenas de forma indireta, como parte do contexto social do doente, e não se explora o conhecimento específico dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida para a família.

3 - Conhecimento associado à espiritualidade no cuidado

No estudo de Vargas-Escobar (2017), os resultados sugerem reforço da percepção e da valorização da dimensão espiritual no cuidado à pessoa com doença crónica, após uma intervenção educativa. A espiritualidade é

apresentada como associada ao significado e ao propósito de vida, sendo reconhecida como relevante para a prática profissional.

Contudo, este estudo não explora explicitamente o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família, centrando-se sobretudo na percepção individual dos profissionais sobre o cuidado espiritual.

O Quadro 9 apresenta a síntese das principais características dos estudos incluídos e dos seus contributos para a revisão integrativa, encontrando-se em consonância com os resultados descritos.

Quadro 9 – Síntese dos Estudos incluídos

Autor (ano)	Tipo de conhecimento dos enfermeiros	Abordagem do sentido de vida	Família como foco	Contributo para a questão de investigação
Hanestad (1996)	Explícito / conceptual	Sentido de vida associado à qualidade de vida (<i>meaning in life</i>)	Não	Evidencia conhecimento conceptual dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida, sem abordagem específica à família
Silva et al. (2015)	Implícito / prático	Significado da experiência de doença mediado por práticas relacionais e espirituais	Sim	Demonstra reconhecimento implícito da importância da construção de significado na vivência familiar da doença crónica
Moonen et al. (2016)	Implícito / relacional	Sofrimento existencial e perda de sentido	Indireto	Evidencia sensibilidade dos enfermeiros ao sofrimento existencial, sem explorar o conhecimento relativo à família
Vargas-Escobar (2017)	Explícito / formativo	Espiritualidade associada a significado e propósito	Não	Demonstra aumento do conhecimento dos enfermeiros sobre a dimensão espiritual, sem foco na família

4.4. Discussão

Os resultados desta revisão integrativa indicam que o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família com um elemento com doença crónica permanece pouco explícito e insuficientemente sistematizado. Esta conclusão decorre não apenas do reduzido número de estudos incluídos, mas também da natureza da evidência identificada. Apenas o estudo de Hanestad (1996), explora de forma mais direta a relação entre qualidade de vida e *meaning in life*, enquanto os restantes abordam esta

dimensão de modo indireto, através de conceitos próximos, como espiritualidade, sofrimento existencial, relação terapêutica e práticas relacionais de cuidado (Hanestad, 1996; Silva et al., 2015; Moonen, et al., 2016; Vargas-Escobar, 2017). Assim, a revisão sugere que o conhecimento dos enfermeiros sobre esta matéria se expressa sobretudo como saber implícito, relacional e experiencial, mais do que como conhecimento conceptual formalizado.

Importa, contudo, interpretar estes resultados com prudência, tendo em conta a heterogeneidade dos estudos incluídos quanto ao contexto clínico, ao enfoque conceptual e à forma como operacionalizam as dimensões associadas ao sentido de vida. Esta heterogeneidade limita comparações diretas entre estudos e recomenda cautela na generalização dos achados, particularmente no que respeita à família como unidade de cuidado.

Escassez de conhecimento explícito e conceptualizado

O estudo de Hanestad (1996) constitui o contributo mais direto para a questão de investigação, ao mostrar que os enfermeiros associam a qualidade de vida à experiência subjetiva de sentido na vida. Nesse estudo, o *meaning in life* surge articulado com bom humor, autoconceito positivo, iniciativa para o autocuidado e relações próximas com pessoas significativas, reforçando a ideia de que a qualidade de vida é compreendida numa perspetiva existencial e relacional, e não apenas funcional ou biomédica. O mesmo estudo evidencia ainda que os participantes valorizam a forma de estar do enfermeiro, dar tempo, encorajar, inspirar confiança, estar presente e ouvir, como intervenções particularmente relevantes para manter ou aumentar a qualidade de vida da pessoa com doença crónica (Hanestad, 1996).

Este resultado é coerente com a perspetiva de Travelbee (1979), retomada por Waidman, Elsen e Marcon (2006), segundo a qual a enfermagem é um processo interpessoal através do qual o enfermeiro ajuda o indivíduo, a família ou a comunidade a prevenir ou enfrentar a experiência de doença e sofrimento e, se necessário, a encontrar sentido nessas experiências. Na análise destes autores, a proposta de Travelbee é particularmente relevante para o cuidado à família, porque reconhece a doença e o sofrimento como experiências também espirituais, emocionais e relacionais, e atribui ao enfermeiro a responsabilidade de ajudar o doente e a sua família a encontrar significado na experiência de doença (Waidman et al., 2006).

Neste sentido, a revisão sugere que a ideia de sentido de vida não é estranha à disciplina de enfermagem nem aos seus referenciais teóricos. O principal problema parece residir, antes, na escassa tradução empírica e operacional desta dimensão em estudos centrados na prática dos enfermeiros, sobretudo quando a família é concebida como unidade de cuidado. Por outras palavras, existe sustentação teórica para considerar o sentido de vida como relevante em enfermagem, mas essa relevância permanece pouco desenvolvida na investigação aplicada e pouco traduzida em conhecimento clínico explicitamente formulado.

Predomínio de conhecimento implícito, relacional e experiencial

Nos estudos de Silva et al. (2015) e Moonen et al. (2016), o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida não surge formulado de modo conceptual ou explícito. Em vez disso, emerge implicitamente a partir das práticas, das narrativas profissionais e da valorização da relação terapêutica. Em Silva et al. (2015), esse conhecimento implícito manifesta-se através da importância atribuída ao diálogo, à escuta qualificada, à empatia, à valorização do familiar, à afetividade e à espiritualidade no cuidado à criança com condição crónica hospitalizada. Em Moonen et al. (2016), manifesta-se através do reconhecimento do sofrimento existencial, da perda de sentido e da necessidade de uma relação pessoal de cuidado baseada em confiança, respeito e

atenção holística à pessoa. Em conjunto, estes estudos sugerem que os enfermeiros reconhecem e respondem a dimensões existenciais do sofrimento, mas não as traduzem de forma consistente numa linguagem conceptual explícita sobre o sentido de vida (Silva et al., 2015; Moonen et al., 2016).

Estes resultados convergem com a ideia de que, em enfermagem, parte importante do saber profissional é experiencial, tácito e relacional. Contudo, o facto de este saber não surgir claramente nomeado ou sistematizado como conhecimento sobre o sentido de vida limita a sua visibilidade científica, dificulta a sua integração explícita na prática clínica e fragiliza a sua incorporação na formação e na investigação.

Proximidade conceptual entre sentido de vida e espiritualidade

A revisão também mostrou que a literatura disponível tende a aproximar o sentido de vida da espiritualidade. No estudo de Vargas-Escobar (2017), por exemplo, uma intervenção educativa melhorou a perceção da espiritualidade e do cuidado espiritual entre profissionais de enfermagem que trabalham com pessoas com doença crónica. A autora conclui que a formação em cuidado espiritual é necessária para que este cuidado seja implementado na prática, reforçando a ideia de que os profissionais reconhecem a relevância desta dimensão, mas nem sempre dispõem de preparação suficiente para a operacionalizar (Vargas-Escobar, 2017).

Este achado é consistente com o Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidado espiritual prestado por enfermeiro, da OE (2021), que define a espiritualidade como uma forma de estar no mundo, marcada por conexão consigo, com os outros e/ou com um poder superior ou com a natureza, por sentido na vida e por transcendência. O mesmo documento reconhece que a atenção à dimensão espiritual é essencial nos cuidados de enfermagem, mas que sua concretização continua a suscitar dúvidas e insegurança entre os enfermeiros, muito associadas à necessidade de maior clarificação conceptual e de diretrizes mais objetivas para sua implementação. Sublinha ainda que a espiritualidade é mais abrangente do que a religiosidade e que as necessidades espirituais podem estar presentes mesmo em pessoas e famílias sem pertença religiosa formal (OE, 2021).

Esta leitura é particularmente importante para interpretar os resultados da revisão. O que os estudos parecem mostrar não é ausência de sensibilidade dos enfermeiros para a importância do sentido de vida, mas antes uma tendência para enquadrar essa dimensão através de categorias mais familiares à prática, como espiritualidade, qualidade de vida, esperança, confiança, *coping* e relação terapêutica. Assim, a invisibilidade do sentido de vida enquanto conceito autónomo pode resultar, pelo menos em parte, da sua proximidade com a espiritualidade. Ainda assim, essa proximidade não implica equivalência. O sentido de vida inclui uma componente existencial, narrativa e relacional que pode expressar-se através da espiritualidade, mas não se esgota nela. Não distinguir claramente estes conceitos pode tornar a intervenção menos precisa e dificultar a sua avaliação sistemática em contexto clínico e familiar.

A família como unidade de cuidado: presença reconhecida, mas pouco aprofundada

Um dos achados mais relevantes da revisão foi a reduzida visibilidade da família enquanto foco específico de cuidado relacionado com o sentido de vida. Apesar de a questão de investigação se centrar explicitamente na família com um elemento com doença crónica, apenas o estudo de Silva et al. (2015) a aborda de forma direta, ainda que sem conceptualizar o sentido de vida como objeto central. Nos restantes estudos incluídos, a família surge sobretudo como contexto relacional indireto ou não é claramente operacionalizada.

Este resultado é especialmente crítico em Enfermagem de Saúde Familiar, porque entra em tensão com a compreensão da família como unidade de cuidado e como sistema afetado pela doença de um dos seus

membros. A este propósito, Brotto & Guimarães (2017), afirmam que o doente crónico não adoece sozinho, sendo a família igualmente mobilizada pelo processo de doença. Na sua revisão, os autores mostram que a doença crónica tende a desencadear a reorganização de papéis, alterações nas atividades de vida diária, estreitamento ou rigidez relacional, isolamento, sentimentos de culpa, ansiedade, sintomas depressivos e necessidade de desenvolver estratégias de adaptação. Referem ainda que a família pode constituir um importante suporte ao tratamento, mas que esse contributo depende da qualidade das interações e da capacidade de reorganização do sistema familiar (Brotto & Guimarães, 2017).

No mesmo sentido, Waidman et al. (2006), defendem que não se pode cuidar verdadeiramente da pessoa sem a ver integrada no seu contexto familiar e comunitário, sendo a família a sua rede de suporte mais próxima. A partir de Travelbee, os autores sublinham que a enfermeira deve ajudar não apenas o doente, mas também a família a encontrar sentido na experiência de sofrimento e de doença. Esta formulação é especialmente relevante para esta tese, pois desloca o foco de um cuidado centrado exclusivamente na pessoa para uma perspetiva relacional e familiar, mais alinhada com o campo da Enfermagem de Saúde Familiar (Waidman et al., 2006).

Assim, a reduzida presença da família nos estudos incluídos não deve ser interpretada como irrelevância da família, mas como uma lacuna da própria produção científica identificada nesta revisão. Nos estudos analisados, observa-se uma tendência a privilegiar o doente como foco principal da atenção, surgindo a família sobretudo como recurso, contexto ou suporte, e não como sujeito de cuidado com necessidades próprias de significado, adaptação e reconstrução existencial. Para uma área que assume a família como unidade central de cuidados, esta ausência é, simultaneamente, metodológica e disciplinarmente relevante.

Relevância da discussão para a Enfermagem de Saúde Familiar

No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, os resultados desta revisão ganham particular relevância. Nesta área, a doença crónica em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), não pode ser compreendida apenas como um evento individual, uma vez que interfere no funcionamento familiar, na redistribuição de papéis, na continuidade dos projetos familiares e na forma como a família atribui significado ao adoecimento. Se, por um lado, os estudos incluídos tendem a centrar-se no doente e nas respostas imediatas à doença, por outro, a prática em saúde familiar oferece condições particularmente favoráveis para abordar, de forma longitudinal e contextualizada, o modo como as famílias reinterpretam a experiência de doença, reorganizam recursos e mobilizam estratégias de adaptação.

O Guia da OE (2021) reforça esta perspetiva ao afirmar que os cuidados de enfermagem devem ser prestados a pessoas, famílias e comunidades, ao longo do ciclo vital, numa perspetiva integral que contemple todas as dimensões da pessoa humana, incluindo a espiritual. O mesmo documento descreve a angústia espiritual como um estado de sofrimento relacionado com a capacidade prejudicada de experienciar sentido na vida através da conexão consigo, com os outros, com o mundo ou com um Ser Superior, o que mostra a relevância clínica do tema e a sua proximidade com processos vividos por famílias em contextos de doença crónica (OE, 2021).

Importa ainda considerar que a abordagem do sentido de vida não depende apenas do reconhecimento desta dimensão na pessoa ou na família, mas também da capacidade do próprio enfermeiro de refletir sobre os seus valores, crenças e posicionamento perante o sofrimento, a perda e a cronicidade. Esta ideia está presente tanto na tradição de Travelbee, ao valorizar o “eu terapêutico” e a visão filosófica da enfermeira, como no Guia da

OE (2021), ao reconhecer que o cuidado espiritual convoca o enfermeiro enquanto pessoa e enquanto recurso na prestação de cuidados (OE, 2021; Waidman et al., 2006).

Deste modo, o sentido de vida, enquanto variável de estudo, tem-se vindo a impor, sendo reconhecida como uma dimensão clinicamente relevante para a adaptação familiar à doença crónica. Os resultados da revisão sugerem que em alguns países esta dimensão já integra a prática dos enfermeiros, ainda que de forma implícita, sobretudo através da relação terapêutica, da presença e escuta ativa, do conhecimento, avaliação e intervenção no domínio da espiritualidade, pelo reconhecimento do sofrimento (sobretudo, o inevitável), e importa que, num futuro próximo, também seja em Portugal. Contudo a Revisão também evidencia que esta é uma área emergente que urge continuar a investigar e publicar os resultados.

Síntese interpretativa

Em síntese, esta revisão evidencia que o conhecimento explícito dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida e a espiritualidade em geral, reconhecida como uma das principais dimensões da saúde humana, mas à qual pouco se recorre na prática clínica cujas mais-valias continuam a permanecer pouco estudadas nomeadamente em contexto de CSP e de ESF, surgindo predominantemente de forma implícita através de práticas relacionais, espirituais e narrativas clínicas. Simultaneamente, a família mantém-se pouco visível enquanto destinatária direta deste cuidado, apesar da sua centralidade na experiência da doença crónica e da sua relevância enquanto unidade de cuidado em Enfermagem de Saúde Familiar. Neste enquadramento, os contributos de Hanestad (1996), Silva et al. (2015), Moonen et al. (2016), Vargas-Escobar (2017), Waidman et al. (2006), Brotto e Guimarães (2017) e da OE(2021) sustentam a pertinência clínica e disciplinar do tema e também confirmam a necessidade de maior desenvolvimento empírico e operacional.

Apesar da evidência científica confirmar o impacto significativo do sentido de vida e da dimensão espiritual em geral na saúde humana, com indicadores de processo e de resultado de ganhos em saúde, para o Profissional de Saúde e Famílias vulneráveis, a escassez de resultados da revisão efetuada, mais do que representar uma fragilidade, coloca-nos a questão: Porque é que, se recorre tão pouco à prática clínica holística, com valorização da dimensão espiritual, especialmente em contexto de CSP e de ESF, apesar da evidência das mais-valias?

A resposta sustenta a necessidade de formação-investigação-formação, que explore o conhecimento dos enfermeiros sobre o sentido de vida, que operacionalize a família como unidade de análise e de cuidado e que traduza esta dimensão em processos de avaliação e intervenção clinicamente utilizáveis (Hanestad, 1996; Silva et al., 2015; Moonen et al., 2016; Vargas-Escobar, 2017; Waidman et al., 2006; Brotto & Guimarães, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

4.5. Conclusão

A presente revisão permitiu responder à questão de investigação: *“Qual é o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família com um elemento com doença crónica?”* evidenciando que este conhecimento permanece pouco explorado na literatura. Os estudos analisados mostram uma lacuna clara na investigação sobre o conhecimento dos enfermeiros relativamente à importância do sentido de vida na família em contexto de doença crónica.

De forma sintética, os resultados desta revisão permitem concluir que:

- o conhecimento explícito dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida é pouco explorado na literatura;
- o conhecimento existente surge maioritariamente de forma implícita, derivado das práticas relacionais e espirituais;
- a família enquanto âmbito do cuidado relacionado com o sentido de vida é raramente abordada de forma direta.

A escassez de dados que permitam compreender os fatores que influenciam a conceptualização do sentido de vida pelos enfermeiros na sua prática, evidencia a necessidade de aprofundar esta temática em estudos futuros. Seria pertinente desenvolver investigações que:

- explorem explicitamente o conhecimento dos enfermeiros sobre o sentido de vida;
- integrem a família como unidade de análise, permitindo compreender de que modo constrói significado perante a vivência da doença crónica;
- analisem as razões pelas quais a dimensão noética ainda é tão desvalorizada;
- investiguem de que forma o sentido de vida dos próprios enfermeiros influencia a ajuda prestada à pessoa e à família na descoberta de significado perante a doença.

Como principal limitação, esta revisão deparou-se com a escassez de estudos que abordam diretamente o conhecimento dos enfermeiros sobre o sentido de vida no contexto familiar, o que limita a robustez comparativa dos achados e reforça o carácter exploratório da síntese.

Ainda assim, esta revisão evidencia a pertinência de continuar a explorar esta temática, dada a sua relevância para a aceitação, adaptação e reorganização familiar perante a doença crónica, bem como para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar enquanto área disciplinar e clínica.

4.6. Implicações na prática clínica

Os resultados desta revisão evidenciam que o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância do sentido de vida na família com um elemento com doença crónica permanece pouco explícito, o que tem implicações relevantes para a prática de Enfermagem de Saúde Familiar. Neste contexto, torna-se fundamental que os enfermeiros reconheçam esta dimensão de forma mais clara e a integrem de modo sistemático na avaliação e intervenção familiar, apoiando as famílias na atribuição de significado à experiência de doença e na sua reorganização perante a cronicidade.

Estes resultados sugerem igualmente a necessidade de reforçar, na formação inicial e contínua em enfermagem, conteúdos relacionados com a dimensão espiritual, existencial e relacional do cuidado, incluindo a importância do sentido de vida em situações de doença crónica. A insuficiente clarificação conceptual e a reduzida operacionalização desta dimensão podem limitar a capacidade dos enfermeiros para a reconhecer, avaliar e integrar na prática clínica, nomeadamente em contexto de Enfermagem de Saúde Familiar.

Acresce a importância de promover espaços de reflexão e supervisão que permitam aos enfermeiros reconhecer os seus próprios valores, crenças, espiritualidade e sentido de vida, compreendendo de que modo estes elementos influenciam a relação terapêutica e o cuidado prestado à pessoa e à família.

Em termos práticos, a integração desta dimensão poderá traduzir-se numa maior atenção às narrativas familiares sobre a doença, à identificação de sofrimento existencial ou espiritual, à exploração dos recursos de significado mobilizados pela família e ao apoio à redefinição de papéis, expectativas e projetos de vida perante a doença crónica. Deste modo, o cuidado de enfermagem poderá tornar-se mais coerente com uma perspetiva verdadeiramente sistémica, relacional e centrada na família.

Conclusão

O percurso desenvolvido ao longo deste mestrado e traduzido neste relatório não pode ser compreendido como a soma das suas partes, mas antes como um processo integrador, no qual o conhecimento teórico, a prática em estágio e a investigação científica se entrelaçaram de forma progressiva e mutuamente enriquecedora. Mais do que cumprir os objetivos propostos, este caminho representou uma transformação, na forma de pensar e agir.

O contexto de estágio permitiu integrar, de forma progressiva e consistente, os conhecimentos adquiridos na componente teórica, e desenvolver as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. A adoção de uma abordagem sistémica da família, sustentada em modelos de avaliação e intervenção familiar e outros que suportam a intervenção de enfermagem, permitiu alcançar uma compreensão da família como sistema vivo, dinâmico e detentor dos seus recursos próprios. Cada família revelou-se única na forma como vive, interpreta e enfrenta os seus desafios, o que impôs a necessidade de intervenções individualizadas e adaptadas às forças e vulnerabilidades de cada contexto familiar.

Neste processo, tornei-me mais consciente de que o sucesso de uma intervenção de enfermagem dirigida à família implica disponibilidade e entrega, uma atitude de autenticidade, humildade e compaixão perante o sofrimento do outro. Esta consciência trouxe mudanças na minha prática, na forma como observo, avalio e intervenho junto das famílias.

A experiência de doença crónica no seio familiar constitui um processo de transição complexo que, ao desafiar a identidade, os papéis e os projetos de vida dos seus membros, convoca inevitavelmente a necessidade de reconstrução de um significado para aquela vivência. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, pelo conhecimento aprofundado que desenvolve da família, encontra-se numa posição privilegiada para apoiar este processo, nomeadamente através da avaliação e valorização da dimensão espiritual e existencial, ajudando a família a encontrar novos significados e a reorganizar-se perante a experiência de doença.

Esta posição implica, simultaneamente, uma responsabilidade ética e deontológica de orientar a família, em momentos de maior vulnerabilidade e fragilidade, para o que é verdadeiramente essencial: a promoção do sentido de vida, enquanto promotor de esperança, de realização pessoal e de controlo sobre o sofrimento inevitável, para todos os seus elementos, enquanto unidade e soma de subsistemas.

Foi precisamente nessa dimensão que se inscreveu a opção temática da prática baseada na evidência: a revisão integrativa sobre o conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do sentido de vida na família com um elemento com doença crónica surgiu da necessidade identificada na prática e simultaneamente do interesse por um tema que me entusiasma.

Este processo revelou-se exigente e transformador, marcado por avanços, recuos e momentos de incerteza. Como afirma Vilelas (2025, p. 17), “Aprender a investigar implica atravessar uma experiência pessoal e profissional complexa, difícil e inquietante e acrescenta que “(...) só investigando se aprende a investigar” (p.19).

O aprofundar da evidência disponível, contribuiu para sustentar a minha intervenção em conhecimento científico, rigoroso, atual e relevante, reforçando um olhar crítico e a capacidade de tomar melhores decisões. Foi um caminho pessoal, solitário, mas muito transformador, que por outro lado me ampliou a consciência de tudo o que ainda tenho para aprender.

Concluir este relatório é, acima de tudo, reconhecer que este percurso me deixou mais perguntas do que respostas. Aprendi que a técnica só ganha sentido quando nasce de um profissional inteiro, consciente de si e disponível para o outro, que a verdadeira presença pode ser mais terapêutica do que qualquer intervenção complexa. E aprendi que acompanhar famílias na procura de sentido é um caminho que me realiza e inspira e é também um convite constante a revisitar o meu próprio sentido, porque afinal “ninguém dá o que não tem”.

Os estágios permitiram-me aprender e desenvolver a CoCIP e o CBF, no sentido da sua análise existencial, compreendendo que seria este o desafio — pessoal, académico e profissional — que me estava a convocar e ao qual não posso renunciar.

Considero ter realizado um percurso positivo e de grande aprendizagem, tendo este curso constituído um desafio que considero superado e que abriu caminho para a continuidade do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica* (2ª edição). Quarteto editora.
- Amaral, M. T. M. P. (2009). Encontrar um novo sentido da vida: Um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 573–580. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300011>
- Atashzadeh-Shoorideh, F., Zakaryaee, N. S., & Fani, M. (2018). The barriers and facilitators in providing spiritual care for parents who have children suffering from cancer. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_76_18
- Augusto, C. (2023). Dos processos de transição à resiliência familiar. Em M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 339–341). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Barros, T. M. K. B. H. (2014). *Sentido de vida da pessoa com dor crónica* [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Bastos, F. S. (2015). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Dissertação]. Universidade Católica Portuguesa.
- Bastos, F., Vilar, A. I., & Sousa, M. R. (2023). A gestão do Regime Terapêutico. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 260–267). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Batista, S. M. L. P. (2018). *Sofrimento na doença: Influências da espiritualidade e personalidade na pessoa com doença crónica* [Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://doi.org/10.34626/mtfz-rq52>
- Batista, S., & Martins, R. (2016). *O Alívio do Sofrimento do Doente Crónico como foco do cuidar da Enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10400.19/4447>
- Batista, S., Martins, R., Albuquerque, C., Andrade, A., Ribeiro, O., & Dinis, A. (2021a). *Fatores determinantes de espiritualidade na pessoa com doença crónica hospitalizada*.
- Batista, S., Martins, R., Albuquerque, C., Andrade, A., Ribeiro, O., & Dinis, A. (2021b). Fatores determinantes de espiritualidade na pessoa com doença Crónica hospitalizada. *Servir*, (01), 95–107. <https://doi.org/10.48492/servir0201.25863>
- Betto, F., Gleiser Marcelo, & Falcão, V. (com Internet Archive). (2011). *Conversa sobre a fé e a ciência*. Agir. <http://archive.org/details/freibettomarcelo0000bett>
- Brotto, A. M., & Guimarães, A. B. P. (2017). A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crónicas. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 43–68. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Caldeira, S., Branco, Z. C., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: Revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III, 5, 145–152.
- Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, 15, 845–850. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>

- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 137–145.
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, 102/2023 Decreto-Lei (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, 103/2023 Decreto-Lei (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro de 1996, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro, Legislação No. 253/2009, Decreto-Lei (2009). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/253-2009-490426>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, 298/2007 Decreto-Lei (2007). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de novembro de 1966, 47344/1966 Decreto-Lei (1966). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/47344-1966-477358>
- Despacho conjunto n.º 861/99, de 8 de outubro, 861/99, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (1999). <https://www.apostomizados.pt/pt/item/3-legislacao/89-despacho-conjunto-n-caracterizacao-de-deficiencia-profunda-e-doenca-cronica>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, 9390, Secretário de Estado da Saúde, Despacho. Obtido 27 de abril de 2026, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012–2016: Versão Completa*. Direção-Geral da Saúde. https://pns_new.jbd.pt/wp-content/uploads/2025/11/Plano-Nacional-de-Saude-2012-2016-Versao-Integral.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. Departamento da Qualidade da Saúde. <https://pt.scribd.com/document/455073208/Manual-de-acreditacao-de-unidade-de-saude>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016—Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. https://pns_new.jbd.pt/wp-content/uploads/2025/11/Plano-Nacional-de-Saude-2012-2016-Extensao-a-2020.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável de todos para todos—Versão Integral*. Direção-Geral da Saúde. https://pns_new.jbd.pt/wp-content/uploads/2025/11/Plano-Nacional-de-Saude-2030-%E2%80%93Versao-Integral.pdf
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). *The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research*. 24(8). <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Fernandes, C. S. N. da N. (2014). *A família como foco de cuidados de enfermagem—Aprendendo com o «family nursing game»* [Universidade do Porto; Application/pdf]. <https://doi.org/10.34626/OR3F-4V37>

- Fernandes, Sérgio Joaquim Deodato. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir* [Tese de Doutoramento, Universidade católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Ferré-Grau, C. (2023). Intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar. Em M. Henriqueta Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Editora Lusociência: edições técnicas e científicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª). Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, M. H., Monteiro, M. J. P., & Subtil, C. (2023). A Enfermagem de Saúde Familiar. Em M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 42–64). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Gameiro, M. G. H. (2004). Estar doente: Atribuição pessoal de significações. *Revista de Enfermagem Referência*, (12), 35–43. https://web.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=dor&id_artigo=33&id_revista=5&id_edicao=9
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças* (1ª). Lusodidacta.
- Hajdarevic, S., Norberg, A., Lundman, B., & Hörnsten, Å. (2025). Becoming whole again—Caring for the self in chronic illness—A narrative review of qualitative empirical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 34(3), 754–771. <https://doi.org/10.1111/jocn.17332>
- Hanestad, Berit R. (1996). Nurses' Perceptions of the Content, Relevance and Usefulness of the Quality of Life Concept in Relation to Nursing Practice. *Vård i Norden*, 16(1), 17–21.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família Teoria, Prática e Investigação* (2ª). Lusociência.
- Hupkens, S., Goumans, M., Derkx, P., & Anja Machielse. (2020). Nurse's attunement to patient's meaning in life: A qualitative study of experiences of Dutch adults ageing in place. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00431-z>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Informação à Comunicação Social—Dia Mundial do Doente*. Instituto Nacional de Estatística. www.ine.pt
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dixe, M. dos A. (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Referência - Revista de Enfermagem*, II(núm. 10). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239957011>
- Kraus, T., & Silva, M. M. da. (2023). Enfermagem Baseada nas Forças. Em M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 392–397). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro – Lei de Bases da Saúde, Legislação No. 95/2019, Diário da República, 1.ª série, n.º 169 Lei de Bases. Obtido 24 de fevereiro de 2026, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lei nº 111/2009 de 16 de setembro - Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Legislação No. 111/2009, Lei (2009). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/111-2009-490239>

- Lewinson, L. P., McSherry, W., & Kevern, P. (2015). Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 35(6), 806–814. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.011>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*.
- Martins, A. R. O. (2012). *Tradução e Adaptação Linguística e Cultural da "Spirituality and Spiritual care rating scale"*.
- Martins, H., & Caldeira, S. (2021). Disclosing and discussing the role of spirituality in the transition theory of Afaf Meleis. *Nursing Philosophy*, 22. <https://doi.org/10.1111/nup.12348>
- Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: Um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 685–690. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>
- Melo, P. (2023). A Promoção da Saúde. Em M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 2–9). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Mendes, M. L. dos S. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença—As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde* [Mestrado, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho]. <https://repositorium.uminho.pt/entities/publication/418d912a-7aca-466b-849d-176369dbb94e>
- Moonen, C., Lemiengre, Joke, & Gastmans, Chris. (2016). Dealing With Existential Suffering of Patients With Severe Persistent Mental Illness: Experiences of Psychiatric Nurses in Flanders (Belgium). *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2). <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.005>
- Neto, F. R. G. X., Pessoa, C. de V., Santos, F. D. dos, Lourenção, L. G., Vasconcelos, L. F. Q., Oliveira, E. N., Freire, N. P., Cunha, I. C. K. O., & Machado, M. H. (2022). Gestão da educação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Journal Health NPEPS*, 7(1). <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/6296>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Cipe Versão 2—Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem Santa Maria da Feira: Lusodidacta*. Lusodidacta. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (III). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vol_iii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidado espiritual prestado por enfermeiro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37569/gobp-espiritual-por-enfermeiro_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de Posição n.º 01/2023 – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28493/tomada-de-posi%C3%A7%C3%A3o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). Teoria de Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a—Pessoa—Adequação à enfermagem em contexto de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, (2). <https://doi.org/10.12707/RV20010>
- Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro, 411-A/2023 Portaria (2023). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>
- Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, No. 76/2018 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, Ordem dos Enfermeiros (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho - 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, Regulamento (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Regulamento (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica* (2ª). Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família* (2ª). Quarteto editora.
- Santos, M. L. (2023). Modelo Calgary de Avaliação Familiar e Modelo Calgary de Intervenção Familiar. Em M. H. Figueiredo, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª, pp. 377–382). Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Silva, T. P. da, Silva, M. M. da, Alcantara, L. M., Silva, Í. R., & Leite, J. L. (2015). Estabelecendo estratégias de ação/interação para o cuidado à criança com condição crónica hospitalizada. *Escola Anna Nery*, 19(2), 279–285. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150037>
- Silva, G. T. R. D., Varanda, P. A. G., Santos, N. V. C. D., Silva, N. S. B. D., Salles, R. S., Amestoy, S. C., Teixeira, G. A. D. S., & Queirós, P. J. P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: Um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26, e20210070. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0070>
- Souza, V. C. T. de, Pessini, L., & Hossne, W. S. (2012). Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Revista Bioethikos*, 6(2), 181–190. <https://saocamillo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/94/a7.pdf>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem* (5ª edição). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- USF-AN (Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. (2025). *Comemorar o 12 de outubro: 20 anos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários que apoiou as USF*. USF-AN. <https://usf->

an.pt/comemorar-o-12-de-outubro-20-anos-da-missao-para-os-cuidados-de-saude-primarios-que-apoiou-as-usf/

- Vargas-Escobar, L. M. (2017). Intervención educativa para enfermería: Cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichan*, 17(1), 30–41. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.4>
- Vilelas, J. (2025). *Investigação- O Processo de Construção de Conhecimento* (4ª). Edições Sílabo, Lda.
- Waidman, M. A. P., Elsen, I., & Marcon, S. S. (2006). Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(2), 7043–7043. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i2.7043>
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. Roca.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias—Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª edição). Editora Roca Ltda.

Apêndices

Apêndice 1 – Processo de Enfermagem à Família

1. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

1.1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO

A escolha da família para aplicar o processo de enfermagem, foi realizada durante o estágio I, tendo em consideração o cumprimento de algumas diretrizes necessárias à sua avaliação. Tais como, a família está a passar por sofrimento emocional, físico ou espiritual ou rutura decorrente de uma crise accidental ou normativa e a família encara a doença ou o problema como uma questão familiar e tem motivação para a sua avaliação (Wright & Leahey, 2011).

A família X é composta por dois elementos a “D” e o “A”, mãe idosa e filho adulto respetivamente, sendo que a “D” ficou viúva há cerca de 5 anos. O “A” nasceu com uma malformação da charneira occipito-vertebral com Chiari tipo I, que só foi diagnosticada mais tarde quando começou a sofrer quedas recorrentes e aos 12 anos na sequência de uma, teve que ser submetido a cirurgia à cervical. Desde então foi ficando com limitações ao nível motor e do equilíbrio sem colocar em causa a sua autonomia. Fez uma licenciatura em geologia e viveu sozinho até aos 51 anos altura em que se reformou por invalidez e veio viver para casa dos pais por apresentar cada vez mais limitações que já o impediam de viver sozinho.

Por essa altura a irmã mais nova a “G” veio de França com a sua família, onde estava emigrada e passou a ser a cuidadora dos pais e do irmão.

Esta família vivenciou uma situação de crise accidental associada à morte de um elemento da família e em simultâneo a dependência de outro elemento associada a uma doença previamente existente.

Na atualidade o “A” apresenta-se totalmente dependente devido ao agravamento da sua doença neurológica degenerativa, com espasticidade marcada, atrofas musculares e falta de coordenação motora, acresce o aparecimento de uma úlcera por pressão na região isquiática que lhe limita os levantamentos confinando-o mais tempo ao leito.

Ambos os elementos deste agregado estão em situação de dependência funcional pelo que a filha “G”, apesar de não coabitar com os mesmos assume um papel central na gestão e prestação de cuidados, garantindo o suporte necessário ao bem-estar dos dois familiares.

A colheita de dados foi realizada ao longo de três entrevistas (o Sr. “A” esteve presente em duas, que foram realizadas em visita domiciliária) e uma na USF só com a irmã “G”. No entanto existiram outras visitas domiciliárias antes da escolha da família e posteriormente a estas entrevistas.

1.2. AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MCAF

A avaliação da família X foi realizada de acordo com o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). Este modelo foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros, como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica (OE, 2023).

O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary apresenta uma estrutura multidimensional que abrange os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família. É constituído por três dimensões principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma dessas dimensões integra várias categorias e subcategorias que, no seu conjunto, permitem a avaliação sistémica da família numa perspetiva dinâmica (Wright & Leahey, 2011).

Segundo Friedman (1998), citado por Figueiredo, 2023 (p. 93) família é um conjunto de “duas ou mais pessoas unidas por laços de proximidade emocional e partilha mútua e que se identificam como família.”

1.2.1. Categoria estrutural

Segundo este modelo a avaliação estrutural permite conhecer a estrutura da família, quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre os seus elementos, qual a relação com o meio envolvente da família, nomeadamente relação com a família alargada e com sistemas mais amplos da sociedade, e qual o seu contexto. Esta avaliação divide-se em três subcategorias: interna, externa e de contexto.

Estrutura interna

Nesta dimensão avalia-se a composição familiar, o género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites.

Composição familiar

A identificação do tipo de família permite a incorporar muitas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração (Figueiredo, 2023).

Esta família é composta pela mãe, Sra. “D” com 94 anos e um filho adulto, o Sr. “A” de 59 anos de idade, ambos reformados, este último por invalidez. Quanto à sua tipologia esta família não tem uma configuração tradicional, onde o suporte afetivo, prático e gestão provém de um elemento que não reside no mesmo agregado familiar, no entanto aproxima-se da tipologia de família monoparental.

O Sr. “A” é o segundo filho do casal e no meu ponto de vista o Paciente Identificado.

Género

Em relação ao género dos elementos, a Sra. “D” é do género feminino e o Sr. “A” do género masculino, sendo que os géneros correspondem às suas características biológicas. A sexualidade, enquanto dimensão integrante da identidade humana, está presente em cada um dos elementos independentemente da sua condição de dependência.

Orientação Sexual

Os elementos desta família apresentam todos, uma orientação heterossexual.

Ordem de Nascimento

Em relação à ordem cronológica a Sra. “D” nasceu em 1931 e o Sr. “A” em 1966.

Subsistemas

Nesta família observam-se três sub-sistemas: individual, parental e fraternal. O sub-sistema individual é composto pelo indivíduo, que para além do seu estatuto e função familiar, tem funções e papéis noutros sub-sistemas; o sub-sistema parental constituído pela Sra. "D", que normalmente visa a educação e proteção das gerações mais novas, no caso desta família, este papel está diminuído devido à idade avançada e dependência física da mãe, no entanto mantém-se o vínculo emocional mãe-filho, mantendo-se a mãe como figura de referência. Por último o subsistema fraternal composto pelos irmãos "M" "A" e "G", que não coabitam, no entanto o Sr. "A" e a Sra. "G" mantêm um relacionamento afetivo e funcional importante, com a Sra. "G" a desempenhar um papel de responsabilidade e suporte para com o "A". A relação entre o Sr. "A" e a Sra. "M", (irmã mais velha), é de afastamento, devido a um conflito anterior, atualmente não se comunicam e o "A" não conta com a ajuda dessa irmã.

Limites

Os limites permitem regular a passagem de informação entre os diversos subsistemas e entre a família e o meio (Alarcão, 2000). De acordo com Minuchin (1979) citado por Alarcão (2000) existem três tipos de limites: claros, difusos e rígidos. Os limites claros demarcam o espaço e as funções de cada elemento ou subsistema permitindo a troca de influências, os difusos são marcados por uma grande permeabilidade pondo em causa a diferenciação dos subsistemas e os rígidos dificultam a comunicação e compreensão reciprocamente. Os tipos de limites podem facilitar ou restringir o funcionamento familiar.

Relativamente à família X considera-se que os limites são tendencialmente rígidos entre todos os elementos da família, havendo por vezes dificuldade na comunicação e na compreensão, nomeadamente na relação entre a mãe "D" e os filhos e na relação do Sr. "A" com as irmãs.

O Sr. "A" apresenta pouca abertura à influência externa, nomeadamente sugestões de mudança, tende a evitar assuntos difíceis, nomeadamente não fala sobre o seu futuro, sendo que a irmã cuidadora também não o consegue fazer, pois não sente essa disponibilidade da parte do Sr. "A". A Sra. "G" sente-se sozinha e sobrecarregada mas não consegue expor essa situação à mãe e irmão, porque sente que não a iriam compreender (comunicação ineficaz).

A partir da diferenciação e permeabilidade dos limites, as famílias podem ser classificadas num *continuum* que vai do pólo emaranhado (com limites difusos) a um pólo desmembrado (com limites rígidos) (Alarcão, 2000).

Esta família enquadra-se numa família tendencialmente desmembrada na medida em que se estabelecem fronteiras rígidas no seu interior, a comunicação entre a maioria dos subsistemas é difícil e a função de proteção da família só não se encontra diminuída porque a irmã "G" é remunerada para cuidar da família dependente, pelo que não compromete o cuidar.

O sofrimento de um dos elementos dificilmente ultrapassa as fronteiras que separam os diferentes elementos, isso é visível nesta família na relação entre o Sr. "A" e a irmã "M" que não se falam, apesar do irmão se encontrar numa situação de sofrimento. Verifica-se ainda que o Sr. "A" só pediu ajuda da irmã "G" numa fase muito avançada da doença sendo esta também uma característica destas famílias.

Estrutura externa

A avaliação estrutural externa inclui duas subcategorias: a família extensa e os sistemas mais amplos.

Família Extensa

A família nuclear e alargada poderá ser representada através do genograma, que consiste numa representação visual dos elementos da família e da natureza e padrão dos seus relacionamentos. Retrata as relações através das gerações (verticalmente) e dentro das gerações (horizontalmente) (Gottlieb, 2016).

Relativamente à família alargada, ou seja, outros membros da família que não faziam parte do mesmo agregado familiar, podemos verificar no genograma, representado na Figura 1, que na família X existe um contacto próximo com o cunhado Sr. “L” e com os sobrinhos “MA” e “F”, estes colaboram com a Sra. “G” nos cuidados ao Sr. “A” e à Sra. “D” e juntos vão respondendo às necessidades de manutenção da habitação.

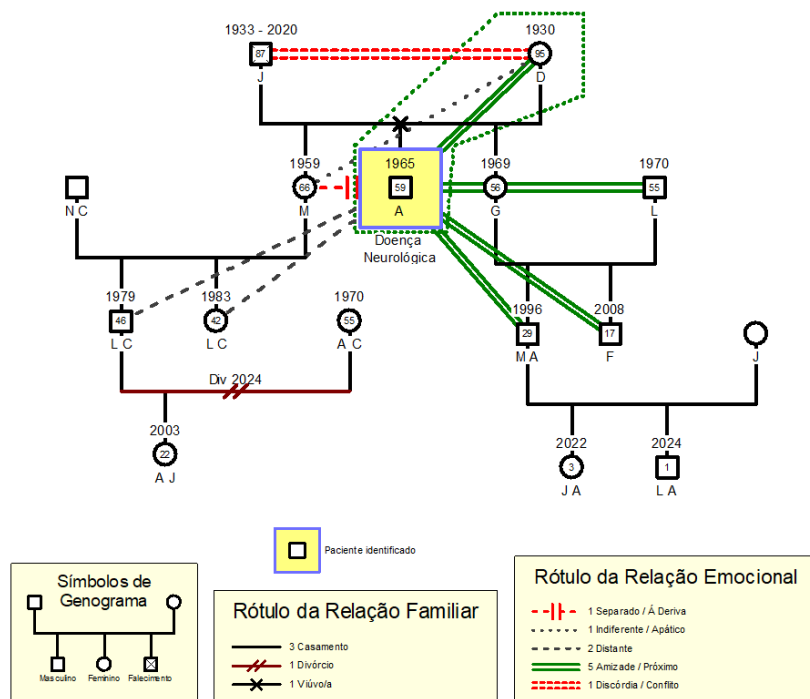


Figura 1 - Genograma da Família X e respetiva legenda

A relação com o agregado familiar da irmã “M”, nomeadamente cunhado “NC”, sobrinho “MC” e sobrinha “MC” é distante e com a irmã “M” é de afastamento, não comunicam devido a um conflito familiar. A Irmã “M” vai visitar a mãe “D” pontualmente, no entanto não visita o irmão que reside na mesma casa.

Sistemas mais amplos

Os sistemas mais amplos referem-se a instituições sociais e a pessoas com as quais a família tem contacto significativo (Wright e Leahey, 2011). Podem ser representados através da elaboração do ecomapa, que consiste na representação gráfica da rede social da pessoa, incluindo amizades, família alargada, vizinhos, trabalho, sistema de saúde, grupo religioso e organizações comunitárias (Friedman et al, 2003 citado por Gottlieb, 2016).

Esta família tem como redes de apoio social a família alargada, a mesma participa e apoia nos cuidados à Sra. “D” e ao Sr. “A”, a USF Aire e Candeeiros onde a família está inscrita e ultimamente com necessidade de visitas domiciliárias regulares pela enfermeira de saúde familiar por necessidade de tratamento à úlcera. O Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia para a realização dos cuidados de higiene ao Sr. “A” e fornecimento de refeições para o “A” e “D”, como está representado no Ecomapa na Figura 2.

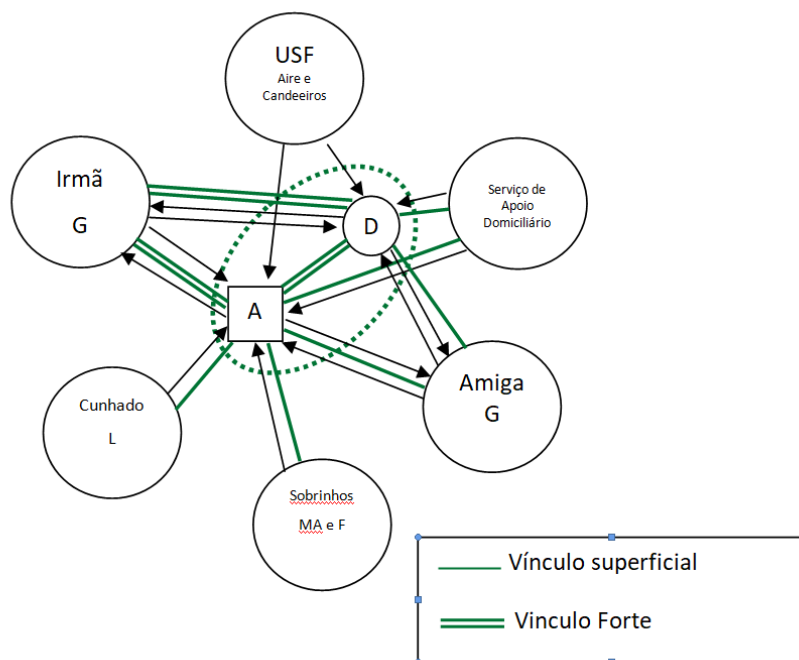


Figura 2 - Ecomapa da Família X e respetiva legenda

Contexto

A avaliação estrutural de contexto inclui a avaliação da etnia, raça, classe social, religião e/ou espiritualidade e ambiente.

Etnia/Raça

Todos os membros são portugueses, exceto a “G” que nasceu em França, e de raça caucasiana.

Classe Social

A identificação da classe social permite compreender de forma aprofundada os recursos e os fatores de stress familiares que possam estar ligados a aspetos económicos, de escolaridade, grupo profissional e de contexto habitacional (Figueiredo,2023).

O rendimento desta família provém da reforma da Sra. “D” e do Sr. “A”, da pensão por viuvez da Sra. “D” e de uma reforma de França do Sr. “J” já falecido. Residem em habitação própria, uma casa com 3 quartos, 1 casa de banho, 1 cozinha e sala.

Desta forma, numa abordagem multidimensional da saúde familiar, utiliza-se a Escala de Graffar para avaliar as condições socioeconómicas da família e identificar a sua classe social. Esta escala permite estratificar itens como: Profissão, Instrução, Origem do rendimento familiar, Tipo de habitação e Local de residência, estando numerada de I (classe alta) a V (classe baixa) (Figueiredo, 2023).

Segundo esta classificação esta família pertence à classe média alta, como se pode verificar na Figura 3.

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Sem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social	
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	
					Classe Social MÉDIA ALTA

Figura 3 - Classificação Social Internacional proposta por Graffar

Fonte: *printscreen do Sclínico*

Religião e espiritualidade

As crenças religiosas, a espiritualidade e a transcendência são importantes para a resiliência familiar, podendo exercer influencia positiva ou negativa na capacidade da família enfrentar uma doença (Figueiredo,2023).

Relativamente à família avaliada, sabe-se que os seus elementos são todos católicos, mas não praticantes.

Ambiente

Os fatores ambientais tais como adequação do espaço, privacidade, acesso a escolas, recreação e transportes públicos influenciam o funcionamento da família.

Analisando a família X relativamente ao ambiente, verifica-se que residem em habitação própria, construída há cerca de 66 anos pelo casal “J” e “D”, localiza-se numa zona rural nos arredores de Porto de Mós. A habitação tem 3 quartos, 1 casa de banho, uma cozinha e sala. Tem um pátio da parte de

trás da casa por onde se entra e uma pequena horta. Possui água canalizada, eletricidade, gás canalizado, saneamento básico e aquecimento local. É uma habitação com boas condições de luminosidade e habitabilidade adequada ao número de pessoas que lá habitam. Em relação à acessibilidade a casa é térrea E relativamente às condições e higiene da casa, esta encontra-se arrumada e limpa. A acessibilidade está adequada e adaptada às necessidades dos elementos que lá habitam. A avaliação de alguns destes aspetos referentes à habitação pode ser realizada no programa informático em uso, *Sclínico* (Figura 4).

Habitação	Graffar	C. Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo 16-05-2025	Tipo de alojamento Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotel/pensão Instituição Moradia Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	Regime de ocupação Arrendada Cedida Desconhecido Outro Própria	Estado geral de conservação Bom Desconhecido Mau Razoável	Casa de banho Desconhecida Fora do alojamento Inexistente No alojamento	Higiene Boa Desconhecida Má Razoável
	Salubridade da zona residencial Desconhecida Insalubre Salubre	Tipologia Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 T3 ou mais	Conforto Bom Desconhecido Mau Razoável	Aquecimento Central Desconhecido Local Nenhum	Electricidade Desconhecido Não Sim
			Mobiliário e equipamento básico Desconhecido Insuficiente Suficiente	Barreiras arquitectónicas Desconhecido Não Sim	Água Desconhecido Não Sim Origem Desconhecida Particular Rede pública
					Distribuição Desconhecido Fontenário a + de 100m de casa Fontenário a - de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento

Figura 4 - Avaliação da Habitação

Fonte: *printscreen* do *Sclínico*

1.2.2. Categoria de desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento da família exige particular atenção à sua dinâmica, isto é, à forma como a família interage com os sistemas com quem se relaciona. Entender como a família mantém a estabilidade apesar da mudança fornece ao enfermeiro informações importantes sobre a sua história, experiência de vida e o seu processo de desenvolvimento (Figueiredo, 2023).

É fundamental que o enfermeiro, além de conhecer a estrutura da família, conheça e compreenda o desenvolvimento do ciclo vital de cada uma. “Não existe um ciclo vital ou um modelo de desenvolvimento familiar único.” (Wright & Leahey, 2011, p.93)

Estádios/Etapas

“O ciclo vital da família é uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento e consiste em transformações na estrutura da família, em função do cumprimento de tarefas que caracterizam essas diferentes etapas.” (Figueiredo, 2023, p.152)

Existem vários modelos interpretativos do ciclo vital da família, sendo os mais utilizados, o modelo proposto por Duvall e Miller (1985), Carter e McGoldrick (1995) e o modelo português de Relvas (2000). Estes modelos diferenciam-se pelo número de etapas e pelos momentos de transição.

(Figueiredo, 2023). No programa *SClínico*, utilizado no Sistema Nacional de Saúde, foi adotado o Ciclo Vital de Duvall e como tal, será este o referencial utilizado.

A classificação de Duvall e Miller (1985), admite a noção de tarefas de desenvolvimento e considera a presença dos filhos e a idade do filho mais velho como critérios para a delimitação das etapas, dividindo o ciclo vital em oito etapas:

I - Casal sem filhos - diz respeito à formação da família;

II - Família com recém-nascido - o filho mais velho com idade até trinta meses;

III - Família com filhos em idade pré-escolar - o filho mais velho com idade entre trinta meses e 6 anos;

IV - Família com filhos em idade escolar - filho mais velho com idade entre os 6 e treze anos;

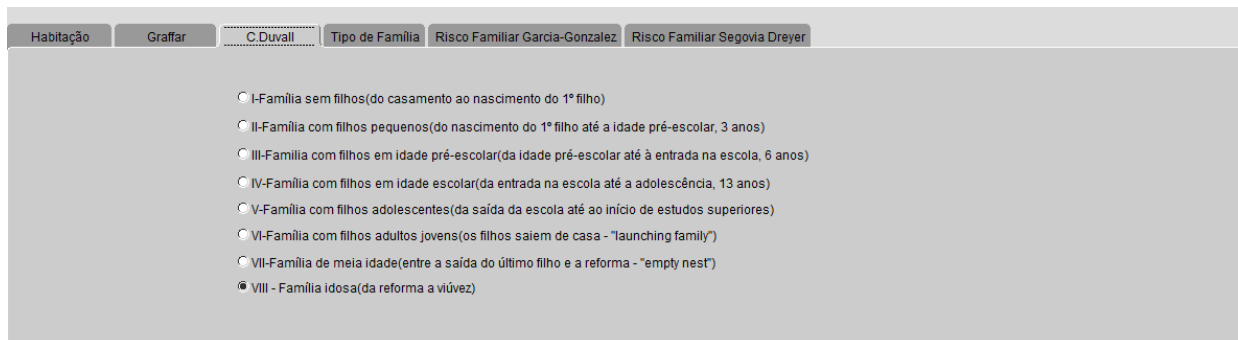
V - Família com filhos adolescentes - filho mais velho entre os treze e os vinte anos;

VI - Família com filhos jovens adultos - desde a saída do primeiro filho até à saída do último;

VII - Casal na meia-idade - entre o ninho vazio e a reforma;

VIII - Envelhecimento - Família com membros mais velhos desde a reforma até ao falecimento de um ou ambos os cônjuges (Duvall & Miller, 1985, citado por Figueiredo, 2023).

Tendo em conta esta classificação, a família X encontra-se na etapa VIII - família com membros mais velhos, ou família idosa, como se pode verificar na Figura 5.



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

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

Figura 5 - Classificação de Duvall e Miller

Fonte: *printscreen* do *SClínico*

Esta etapa estende-se da reforma até ao falecimento de um ou ambos os cônjuges. As tarefas nesta fase compreendem a adaptação à reforma, aprender a lidar com as perdas e a viver sozinho e a adaptação ao envelhecimento (Figueiredo,2023).

A família X tem a particularidade de ter nesta etapa um filho adulto dependente, que, do que se pode analisar, não está contemplado nesta etapa nem em nenhum outro modelo interpretativo do ciclo vital.

Tarefas

De acordo com Duvall e Miller (1985) citado por Figueiredo, 2023, existem oito tarefas no desenvolvimento das famílias de idosos, nomeadamente a forma de habitação onde se quer viver, à medida que se dá o envelhecimento; reajustar os rendimentos, devido à reforma; estabelecer rotinas confortáveis; proteger a saúde física e mental; manter a capacidade para o amor, sexo e relações conjugais; manter contacto com outros membros da família; conservarem-se ativos e envolvidos de forma a encontrar o sentido para a vida.

No caso da família avaliada e tendo em conta estas tarefas verifica-se que a família ficou a viver na mesma habitação, no caso do casal, já o filho devido ao agravamento da sua dependência passou a morar em casa dos pais, relativamente aos rendimentos foi necessário um reajuste, uma vez que ambos os elementos desta família estão reformados.

A saúde física não está mantida no caso do Sr. “A”, nem no caso da Sra. “D”, relativamente à manutenção de relações amorosas, não se verifica nesta família, uma vez que o Sr. “A” não tem companhia e a “D” ficou viúva, mantêm o contacto com outros elementos da família, no entanto o Sr. “A” tem dificuldades na comunicação pelo que dificulta a interação.

É possível constatar que o Sr. “A” não tem planos, nem um sentido para a vida. Considero que, nesta família, existem tarefas que não estão a ser totalmente cumpridas.

Neste contexto devido à condição de saúde dos elementos deste agregado pode considerar-se que esta família é vulnerável podendo verificar-se um maior risco de disfunção. Indo ao encontro de Souza et al.,2015, citado por Figueiredo, 2023, a vulnerabilidade é caracterizada pelo adoecimento de um ou vários membros da família, perante condições que impedem ou detêm o desenvolvimento saudável dos seus elementos.

Vínculos

Os vínculos são laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2011).

Na família X, existe uma boa proximidade afetiva entre os elementos da família nuclear, concluindo-se assim a existência de vínculos próximos no seio familiar. Os vínculos estão representados no genograma e ecomapa.

1.2.3. Categoria funcional

A avaliação funcional atende ao modo como o sistema interage com o meio, ou seja a forma como comunica com os sistemas com quem interage, fornece informação sobre o seu funcionamento e autonomia, enfatizando a habilidade de autorregulação da família e a permeabilidade dos seus limites (Figueiredo, 2023).

A avaliação funcional integra duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva.

Instrumental

Atividades de Vida Diária

Os aspetos instrumentais referem-se à avaliação da capacidade da família responder às atividades de vida diária, principalmente quando surge um problema de saúde e são necessárias readaptações para o funcionamento adequado do sistema familiar.

Assim pressupõe a avaliação das atividades quotidianas da família, tais como respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, movimentar-se, trabalhar e divertir-se, expressão da sexualidade, sono e repouso.

Na família em avaliação os dois elementos precisam de ajuda na realização das atividades de vida diária, no entanto irei realizar uma avaliação mais pormenorizada ao Sr. "A", uma vez que é o paciente identificado.

Para avaliar o grau de independência do Sr. "A", foi utilizado o Índice de Barthel, que se caracteriza como um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito, para a realização de dez atividades básicas, de forma a perceber quais são as maiores dificuldades do quotidiano familiar e adequar as intervenções de enfermagem, às necessidades desta família. Através da avaliação desta escala em *Sclínico*, constatou-se que o Sr."A" apresenta uma dependência grave (Figura 6).

MONITORIZAR A DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA ESCALA DE BARTHEL

Novo Registro | Histórico

Data: 27-06-2025 Hora: 10:10

Item	Pontuação
Alimentação	Dependente
Transferências	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se
Toilete	Dependente, necessita de alguma ajuda
Utilização do WC	Dependente
Banho	Dependente, necessita de alguma ajuda
Mobilidade	Imóvel
Subir e Descer Escadas	Dependente
Vestir	Impossível
Controlo Intestinal	Incontinente ou precisa de uso de clisteres
Controlo Urinário	Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho

Resultado: Dependência Grave Total: 5

Figura 6 - Índice de Barthel

Fonte: *printscreen do Sclínico*

Em relação à higiene pessoal observou-se que todos os membros da família aparentam uma higiene cuidada. Tanto a Sra. "D" como o Sr. "A" são dependentes, em graus diferentes, mas ambos necessitam de ajuda, pelo que os cuidados de higiene são prestados pelo serviço de apoio domiciliário.

No que diz respeito aos hábitos alimentares constata-se que a alimentação da família é fornecida pelo serviço de apoio domiciliário. O Sr. "A" apresenta disfagia a líquidos, ingere água através de uma palhinha, mas apresenta acessos de tosse frequentes, no entanto recusa-se a adicionar espessante, alegando que não gosta do sabor.

Tanto a Sra. “D” como o Sr. “A” referem ter pouco apetite, pelo que ingerem pouca quantidade a cada refeição, cerca de metade da refeição. Dada a fragilidade do Sr. “A” e o facto de não se estar a alimentar adequadamente, surge a necessidade de avaliar o risco de desnutrição, para isso foi utilizada a Escala Mini Nutricional Assesment Short-Form (MNA-SF), como apresentado na Figura 7.

Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)

Identificação:
Nome do utente: “A” Idade: 59 Data: 13 / 06 / 2025 Enfermeiro(a): Vânia

1. Ingestão alimentar nos últimos 3 meses
■ Redução severa da ingestão alimentar -> 0 pontos
■ Redução moderada da ingestão alimentar -> 1 ponto
■ Sem redução significativa da ingestão -> 2 pontos ✓

2. Perda de peso nos últimos 3 meses
■ > 3 kg -> 0 pontos ■ Não sabe -> 1 ponto ✓
■ 1-3 kg -> 1 ponto ■ Nenhuma -> 2 pontos

3. Mobilidade
■ Acamado ou em cadeira, incapaz de sair -> 0 pontos ✓
■ Capaz de sair da cama/cadeira mas não deambula -> 1 ponto
■ Deambula sem ajuda -> 2 pontos

4. Sofreu stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?
■ Sim -> 0 pontos ✓ ■ Não -> 2 pontos

5. Problemas neuropsicológicos
■ Demência ou depressão grave -> 0 pontos
■ Ligeiros problemas de memória -> 1 ponto
■ Sem problemas psicológicos -> 2 pontos ✓

6. Estado nutricional subjetivo (ou aparência observada)
■ IMC < 19 ou aspeto muito emagrecido -> 0 pontos
■ IMC 19–21 ou aspeto visivelmente magro -> 1 ponto
■ IMC 21–23 ou aspeto normal -> 2 pontos ✓
■ IMC >= 23 ou aspeto robusto -> 3 pontos

Pontuação Total: 7 / 14

Classificação:
12-14 -> Estado nutricional normal
8-11 -> Risco de desnutrição
0-7 -> Desnutrição já instalada

Ações recomendadas:
<12 pontos -> Referenciar para avaliação nutricional completa (MNA total, nutricionista)
Realizar plano alimentar individualizado
Monitorizar evolução com reavaliações regulares

Figura 7 - Escala Mini Nutricional Assesment Short-Form (MNA-SF)

Fonte: Nestlé Nutrition institute, 2009

Verifica-se um resultado de 7 após a aplicação da escala, concluindo-se que o Sr. “A” está desnutrido.

Esta família não tem hábitos de exercício, o Sr. “A” apresenta limitação na mobilidade passando a maior parte do tempo deitado, no entanto foi avaliado o risco de quedas, para avaliar a necessidade de implementação de intervenções dirigidas à prevenção de quedas. Tal como consta na Figura 8, ao

aplicar a escala de Morse, verifica-se uma pontuação de 15, pelo que se conclui que existe um baixo risco para quedas, não requerendo intervenções relevantes nesse sentido.

queda_Risco Data: 27-06-2025 Hora: 10:05

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Escala de Morse

ITEMS DO GRUPO
 * [HISTORIAL DE QUEDAS; NESTE INTERNAMENTO URGÊNCIA/ OU NOS ÚLTIMOS TRÊS MES
 * [DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)]
 * [AJUDA PARA CAMINHAR]
 * [TERAPIA INTRAVENOSA]
 * [POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA]
 * [ESTADO MENTAL]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	Não
Diagnóstico(s) secundário(s)	Sim
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas
Terapia intravenosa	Não
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/móvel
Estado mental	Consciente das suas capacidades

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Escala de Morse	15

Score total 15

Figura 8 - Escala de Morse

Fonte: *printsreen* do *Sclinico*

Ainda relativamente à mobilidade reduzida e ao facto do Sr. "A" recentemente passar o dia todo sentado em cadeira de rodas, associado à ausência de sensibilidade nos membros inferiores e à sua desnutrição, levou ao aparecimento de uma úlcera de pressão na região isquiática direita e desde então passou a estar quase sempre deitado para aliviar a pressão na zona da úlcera. Pelo que é essencial a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, a fim de planear e implementar medidas de prevenção, com a aplicação da Escala de Braden, verifica-se que o Sr. "A" apresenta um valor de 10, o que indica um alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão como mostra a Figura 9.

úlceras de pressão_Risco Data: 27-06-2025 Hora: 10:07

Registrar Escala Histórico

GRUPOS
Escala de Braden

ITEMS DO GRUPO
 * [PERCEÇÃO SENSORIAL]
 * [HUMIDADE]
 * [ATIVIDADE]
 * [MOBILIDADE]
 * [NUTRIÇÃO]
 * [FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Percepção sensorial	Muito limitada
Humidade	Pele muito húmida
Atividade	Acamado
Mobilidade	Muito limitada
Nutrição	Provavelmente inadequada
Fricção e forças de deslizamento	Problema

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Escala de Braden	10

Score total 10

Figura 9 - Escala de Braden

Fonte: Printsreen sclinico

Relativamente aos hábitos de sono e repouso, referem dormir por períodos, mas consideram ter um padrão de sono satisfatório.

No que diz respeito às atividades de lazer, a família passa o tempo no domicílio sem nenhuma ocupação específica. O “A” gosta de ver televisão, pelo que tem uma no quarto. Faz levantar uma vez por dia por um período curto de tempo, com a ajuda da irmã “G”, para realizar uma refeição na cozinha com a mãe “D”.

Expressiva

A dimensão funcional expressiva diz respeito à comunicação e à interação entre os elementos da família. Nesta dimensão, o alvo da avaliação centra-se essencialmente na interação entre todos os membros da família. O aspeto expressivo do funcionamento inclui nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influências e poder, crenças, alianças e uniões.

Comunicação emocional

A comunicação emocional diz respeito à amplitude e tipos de emoções, sensações expressas ou demonstradas. A família normalmente utiliza uma variedade de emoções e sentimentos que vão desde a felicidade, tristeza e raiva (Wright & Leahey, 2011). De acordo com Alarcão (2000, p. 64) “A comunicação funcional define-se como a capacidade de unir, de ligar, de pôr em relação os parceiros comunicacionais e a comunicação disfuncional, ou patológica é aquela que afasta os parceiros ou cria entre eles um ecrã de incompreensão e ressentimento”.

Tive oportunidade de perceber nas visitas domiciliárias, que por parte da mãe “D” existe facilidade na expressão de emoções, demonstrando sempre preocupação e carinho pelo filho “A”, enquanto que por parte do Sr. “A” não se verifica o mesmo, é muito contido na expressão de emoções e sentimentos.

Comunicação verbal e comunicação não verbal

A linguagem, verbal e não-verbal, característica de qualquer comportamento, é inerente ao processo de comunicação e vai influenciar a forma como cada indivíduo não só percebe a realidade, mas também como a constrói (Figueiredo, 2012). Na família X a comunicação em geral é funcional, no entanto relativamente ao elemento “A” é notória uma comunicação mais agressiva verbalmente, que se expressa também por olhares, aumento do tom de voz e também por períodos de silêncio, sobretudo quando não concorda com determinado assunto. Não é comum o toque, o carinho ou a proximidade física entre os elementos desta família.

Comunicação circular

Esta subcategoria refere-se à comunicação recíproca entre os elementos da família. Na família X verifica-se um padrão circular comum, que é o facto de cada vez que a irmã “G” aborda o “A” sobre

um assunto que ele não quer falar, responde de forma mais agressiva, o que faz com que a Sra. “G” evite abordar determinadas questões com o Sr. “A” porque antecipa a reação, fazendo com que determinados problemas não sejam tão facilmente resolvidos. Ou seja uma pessoa influencia o comportamento da outra.

Solução de problemas

Refere-se à capacidade da família resolver os próprios problemas sendo influenciada pelas suas convicções a respeito das suas capacidades e sucessos no passado (Wright & Leahey, 2011)

Para uma melhor avaliação do funcionamento desta família foi aplicada a escala de APGAR familiar de Smilkstein ao elemento “A”, de forma a quantificar a percepção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, como se apresenta na Figura 10.

Representação da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein			
APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	x		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.		x	
Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas atividades ou modificar o estilo de vida.			x
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como, irritação, pesar e amor.		x	
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	x		
Quase sempre: 2 pontos; Algumas vezes: 1 ponto; Quase nunca: 0 pontos Score: 7-10: Família altamente funcional; 4-6: Família com moderada disfunção; 0-3: Família com disfunção acentuada.			

Escala de Apgar familiar de Smilkstein

Adaptado de: Smilkstein (1978)

Fonte: AZEREDO, Zaida ; MATOS, Eduardo - Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. Geriatria. Lisboa. Vol. II, n.º20 (Dezembro 1989), p. 24-30.

Figura 10 - APGAR familiar de Smilkstein ao elemento “A”

Desta forma, da aplicação da escala, verifica-se que na perspetiva do Sr. “A”, esta é uma família com moderada disfunção (valor 6), sendo de realçar para este resultado os aspetos relacionados com a demonstração de afeto e carinho, a tomada de decisões e o valor que a família atribui aos seus desejos e vontades.

Todas as famílias estão sujeitas a mudanças, a stress, e passam por várias crises (acidentais ou normativas), que podem emergir de situações que intersectam ou colidem com o caminho da família

ao longo do ciclo vital (Relvas, 2000). Assim, todas as famílias passam por transições, que envolvem continuidades e discontinuidades no processo de vida do indivíduo e necessidade de aquisição de competências e habilidades para alcançar períodos de estabilidade. Esta família passou por transições recentemente, que alteraram o equilíbrio familiar, tais como a morte do “J” e o agravamento da condição de saúde do “A” Neste sentido, estas transições acarretaram mudança nas relações e expectativas, que afetaram não só cada indivíduo como o seu sistema familiar trazendo necessidade de se adaptarem à nova realidade.

A adaptabilidade familiar é a capacidade de mudança do sistema familiar perante situações de stress desenvolvimental ou accidental e que acarretam alterações na liderança, papéis e regras e adaptá-los à tarefa ou ao momento a enfrentar, já a coesão é a capacidade da família se manter unida perante os desafios (Figueiredo, 2023).

Para avaliar a percepção do funcionamento familiar nas dimensões de coesão e adaptabilidade foi aplicada a escala de FACES II adaptada (Figura 11).

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.			X		
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.			X		
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.		X			
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.		X			
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.	X				
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	X				
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.		X			
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			X		
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	X				
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	X				
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.			X		
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.		X			
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	X				
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					X
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.		X			
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.			X		
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.		X			
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.		X			
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.	X				
22. Na nossa família todos partilham a responsabilidade.				X	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.			X		
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.				X	

25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.			X		
26. Quando os problemas surgem todos fazemos ordências.		X			
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	X				
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.			X		
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.		X			
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.		X			

Nota:

- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- As vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre

Figura 11 - Escala de Faces II

De acordo com a avaliação desta escala, a família em estudo apresenta um nível de coesão 1 (desmembrada) e um nível de adaptabilidade de 2 (Rígida), sendo um tipo de família extrema tendo em conta a coesão e a adaptabilidade (valor 1,5).

Papéis

Esta subcategoria avalia os padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família, sendo que o papel é um comportamento constante numa situação específica.

Na família X quem cuida da higiene e arrumação da casa, compras, consultas, gestão da medicação e financeira é a Sra. “G”. O papel de cuidadora é desempenhado pela mesma”, sendo remunerada por isso, foi uma decisão tomada em família com o envelhecimento dos pais e o agravamento da doença

do irmão. Foi aplicada a Escala à Sra. "G" para avaliar a sobrecarga do cuidador através do programa *Sclínico*, esta escala baseia-se na escala de Zarit, dando uma sobrecarga elevada com um valor de 71 como se constata na Figura 12.

The screenshot shows the 'stress_PC' application window. At the top, it displays 'Data: 27-06-2025' and 'Hora: 10:14'. Below the title bar, there are tabs for 'Registrar Escala' and 'Histórico'. The main area is divided into three sections:

- GRUPOS:** A list of scales, with 'Escala de sobrecarga do cuidador' selected and highlighted in blue.
- ITEMS DO GRUPO:** A list of 15 items, each preceded by a red star icon. The items are:
 - * [SENTE QUE O SEU FAMILIAR SOLICITA MAIS AJUDA DO QUE AQUELA QUE REALMENTE PRECISA]
 - * [CONSIDERA QUE DEVIDO AO TEMPO QUE DEDICA AO SEU FAMILIAR JÁ NÃO DISPÕE DE TEMPO PARA SI MESMO]
 - * [SENTE-SE TENSO/A QUANDO TEM DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR E AINDA TEM OUTRAS COISAS A FAZER]
 - * [SENTE-SE ENVERGONHADO(A) PELO COMPORTAMENTO DO SEU FAMILIAR?]
 - * [SENTE-SE IRRITADO/A QUANDO ESTÁ JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
 - * [CONSIDERA QUE A SITUAÇÃO ACTUAL AFECTA DE FORMA NEGATIVA A SUA RELAÇÃO COM O SEU FAMILIAR?]
 - * [TEM RECEIO PELO FUTURO DESTINADO AO SEU FAMILIAR?]
 - * [CONSIDERA QUE O SEU FAMILIAR ESTÁ DEPENDENTE DE SI?]
 - * [SENTE-SE ESGOTADO QUANDO TEM DE ESTAR JUNTO DO SEU FAMILIAR?]
 - * [VÊ A SUA SAÚDE SER AFECTADA POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
 - * [CONSIDERA QUE NÃO TEM UMA VIDA PRIVADA COMO DESEJARIA DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
 - * [PENSA QUE AS SUAS RELAÇÕES SOCIAIS SÃO AFECTADAS NEGATIVAMENTE POR TER DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR?]
 - * [SENTE-SE POUCO À VONTADE EM CONVIDAR AMIGOS PARA O(A) VISITAREM DEVIDO AO SEU FAMILIAR?]
 - * [ACREDITA QUE O SEU FAMILIAR ESPERA QUE CUIDE DELE COMO SE FOSSE A ÚNICA PESSOA COM QUEM PODE CONTAR?]
 - * [CONSIDERA QUE NÃO DISPÕE DE ECONOMIAS SUF. PARA CUIDAR DO SEU FAMILIAR E PARA O RESTO DAS DESPESAS?]
 - * [SENTE-SE INCAPAZ DE CUIDAR DO SEU FAMILIAR POR MUITO MAIS TEMPO?]
 - * [CONSIDERA QUE PERDEU O CONTROLO DA SUA VIDA DEPOIS DA DOENÇA DO SEU FAMILIAR?]
 - * [DESEJARIA PODER ENTREGAR O SEU FAMILIAR AOS CUIDADOS DE OUTRA PESSOA?]
- PARAMETROS DA ESCALA:** A table showing the value for each item. The values are: 'Às vezes', 'Às vezes', 'Muitas vezes', 'Muitas vezes', 'Quase nunca', 'Muitas vezes', 'Quase nunca', 'Muitas vezes', 'Quase nunca', 'Às vezes'.
- GRUPOS DE SCORE:** A table showing the score for each group. The 'Escala de sobrecarga do cuidador' group has a score of 71.

At the bottom right, the 'Score total' is displayed as 71.

Figura 12 - Escala da Sobrecarga do cuidador Elemento "G"

Fonte: *Printscreen sclínico*

Influências e poder

A influência e o poder diz respeito aos métodos utilizados para influenciar o comportamento de um indivíduo. O poder enfrenta posições hierárquicas e igualitárias num relacionamento. (Wright & Leahey, 2011).

Na família X o poder recai sobre o Sr. "A" e a Sra. "G" de forma igualitária, no entanto o "A" por depender da Sra. "G", numa tomada de decisão, está numa posição de desvantagem, percebendo as próprias necessidades e limitações, pelo que conclui que nesta família não existe um relacionamento igualitário.

Crenças

As crenças dizem respeito a atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias que influenciam a forma como constroem a vida. Num momento de doença as crenças que a família tem sobre a saúde podem ser facilitadoras ou limitadoras, interferindo com a ação e a escolha da família. (Wright & Leahey, 2011).

Na família avaliada a crença identificada como sendo a mais limitadora é o facto do Sr. "A" acreditar que por estar naquela situação a sua vida já não tem sentido e não há mais nada a fazer.

Alianças e uniões

Esta subcategoria concentra-se na orientação, no equilíbrio e na intensidade dos relacionamentos entre os membros da família. Na família X não parecem existir alianças e uniões entre nenhum dos elementos.

1.3. INTERVENÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO CALGARY DE INTERVENÇÃO FAMILIAR (MCIF)

Ao terminar a avaliação familiar, o enfermeiro deve refletir de forma crítica sobre os dados recolhidos, de forma a identificar as forças e fragilidades do sistema familiar, representa o momento em que o enfermeiro elabora com a família os possíveis diagnósticos e determinam se as intervenções são ou não necessárias. (Wright & Leahey, 2009 citado por Figueiredo, 2023).

Neste sentido o MCIF orienta a decisão da proposta de intervenção mais adequada determinada pela família e enfermeiro, tendo em vista o domínio do funcionamento familiar onde se pretende provocar a mudança, nomeadamente o domínio cognitivo, afetivo e comportamental, de forma a promover e melhorar o funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2011)

Neste seguimento foi realizado o plano de cuidados juntamente com a Família X que se encontra no Quadro 1.

Quadro 1 - Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Processo Familiar Disfuncional		
Subconjuntos Diagnósticos	Critérios de Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
- Comunicação familiar não eficaz	Escala FACES II APGAR Familiar de Smilkstein	Que os membros da família comuniquem de uma forma clara e haja aceitação da família em relação à expressão dos sentimentos, dos seus membros.	- Promover a comunicação expressiva das emoções; - Otimizar a comunicação da família; - Planear rituais familiares.
- Coping familiar não eficaz		Que os membros da família se sintam satisfeitos com a forma como se discutem os problemas; que a família seja capaz de mobilizar estratégias e recursos de forma a responder aos fatores de stress intrafamiliar e extrafamiliar.	- Ensinar sobre coping; - Instruir sobre estratégias; - Promover estratégias adaptativas na família; - Negociar estratégias adaptativas; - Promover suporte familiar;

Diagnóstico de Enfermagem	Aceitação do Estado de Saúde comprometida		
Subconjuntos Diagnósticos	Critérios de Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
- Volição comprometida	O Sr. "A" não demonstra vontade de promover o seu bem-estar nos diferentes domínios da gestão da doença.	- Que o Sr. "A" altere comportamentos que contribuam para o seu bem-estar.	- promover a volição; - Informar sobre as implicações de determinados comportamentos;

(continua)

Diagnóstico de Enfermagem	Cicatrização da úlcera comprometida – elemento “A”		
Subconjuntos Diagnósticos	Critérios de Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Conhecimento do prestador de cuidados/utente sobre cuidados a ter com a úlcera não demonstrado	- a prestadora de cuidados/utente não demonstra conhecimento sobre o essencial para garantir as condições adequadas e seguras para a cicatrização da úlcera	- Que o utente e prestadora de cuidados adotem comportamentos que promovam a cicatrização da úlcera.	- Ensinar a prestadora de cuidados sobre os cuidados a ter com a úlcera; - Ensinar o utente sobre os cuidados a ter com a úlcera; - Providenciar o uso de colchão de pressão alterna; - Ensinar ao utente/prestadora de cuidados sobre a importância de alternar decúbitos;
Infeção presente	- Infeção por presença de cheiro fétido, induração, exsudado purulento.	- Ausência de infeção, diminuição do exsudado e redução do tamanho da úlcera.	- Orientar para o médico de Família; - Realizar tratamento com apósitos adequados ao controlo da infeção e odor; - Orientar o prestador de cuidados para vigilância da temperatura corporal; - Executar tratamento à úlcera.
Status Nutricional comprometido	Status Nutricional comprometido por desnutrição de acordo com Escala MNA (7 pontos)		- Gerir e planejar a dieta; - Adaptar a dieta aos gostos do “A” - Orientar para serviço de nutrição no Hospital;

(Continua)

Diagnóstico de Enfermagem	Papel de prestador de cuidados não adequado		
Subconjuntos Diagnósticos	Critérios de Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
- Conhecimento do papel não demonstrado.	O Prestador de cuidados não demonstra: - conhecimento sobre a Técnica adequada de administração de líquidos e alimentos; - conhecimento sobre a técnica adequada de posicionamentos no leito; - habilidade sobre a técnica adequada de posicionamentos no leito - conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações; - conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado.	Que o prestador de cuidados adquira conhecimentos para o desempenho adequado deste papel	Ensinar o prestador de cuidados sobre: - técnica adequada de administração de líquidos e alimentos; - técnica adequada de posicionamentos no leito; - medidas de prevenção de complicações; - padrão de exercício adequado; Treinar o prestador de cuidados sobre: - técnica adequada de posicionamentos no leito - técnica adequada de administração de líquidos e alimentos;
- Desempenho do Papel comprometido por saturação do papel: <i>Stress</i> do PC presente, em grau elevado	Desempenho do papel comprometido por sobrecarga/stress do prestador de cuidados.	Ajudar a "G" a encontrar estratégias de coping para reduzir o <i>stress</i> associado ao papel de prestador de cuidados.	- Avaliar o <i>stress</i> do PC; - Incentivar a comunicação de emoções; - Incentivar o envolvimento do PC; - Incentivar o envolvimento da família;

	Instrumento de avaliação do Sclínico – Avaliação da Sobrecarga do Cuidador (71)		- Ensinar o PC sobre recursos na comunidade; - Promover estratégias de coping para o papel.
--	---	--	--

Apêndice 2 – Formação: A importância do Sentido de vida na Família com um elemento com Doença Crónica e O Cuidar Baseado nas Forças

Sentido de Vida

na doença crónica



Vânia Sousa



Objetivos

Explorar:

- Conceito de Sentido de vida
- Sentido de vida na Doença crónica
- Modelo de Travelbee
- Cuidado espiritual prestado por enfermeiros
- Cuidado Baseado nas Forças (CBF)



Breve resenha histórica sobre o “sentido de vida”

O ser humano, na sua mais íntima essência, procura entender a vida e encontrar um sentido duradouro para a sua existência (Carneiro, 2006, citado por Krauss, Rodrigues, & Dixe, 2009)

A partir do final do século XIX e início do século XX, a questão do sentido de vida passou a integrar também o campo da Psicologia, associada aos estudos sobre felicidade e bem estar.

Após a Segunda Guerra Mundial, a investigação centrou-se nas disfunções psíquicas e conflitos interpessoais, relegando o estudo das potencialidades humanas

Na década de 1970, com a Segunda Revolução da Saúde e a emergência de uma perspectiva positiva da saúde, o sentido de vida voltou a ganhar destaque (Kraus, et al., 2009)

Resenha histórica sobre o “sentido de vida”

- Viktor Emil Frankl, psiquiatra e filósofo humanista-existencialista;
- **Logoterapia** - ciência que procura consciencializar o ser humano da sua responsabilidade existencial, ajudando-o a descobrir e construir o próprio sentido de vida.

Esse sentido pode ser alcançado através de três categorias de valores:

- valores criadores (fazer e realizar);
- valores vivenciais (experiência e ao contacto com o mundo);
- valores de atitude (capacidade de transcendência perante o sofrimento, o amor e a aceitação do inevitável).

A sua abordagem integra a dimensão espiritual como componente essencial da existência humana (Kraus, et al., 2009).



Sentido de Vida

Vicktor Frankl, define sentido de vida como o motivo, a razão, o que nos impulsiona para atingir algo ou para ser de uma determinada maneira, isto é, o que nos orienta e guia (Ortiz, 2007, citado por Kraus, 2014).

Busca pessoal por significado e sentido da vida, que pode ou não estar relacionada com uma religião, implica a conexão com crenças autoescolhidas e/ou religiosas, valores e práticas que dão sentido à vida, inspirando e motivando deste modo as pessoas a alcançar o seu ser ideal (Tanyi, 2002, citado por Kraus, 2014)

Sentido de Vida

É um sistema regulador da conduta humana, através do qual o ser humano encontra o **valor atribuído à sua existência**, aos outros e ao mundo em geral (Kovac, 2004, citado por Kraus, et al., 2009).

A busca de sentido de vida envolve: **autoconhecimento**, **compreensão interpessoal**, busca por **soluções otimistas**, **promoção do bem-estar**, **autocontrole**, **autoeficácia**, elaboração de **planos** para diferentes situações, definição e acompanhamento de **metas**, bem como desenvolvimento de **estratégias de coping** em contextos adversos ou desafiadores da vida (Kraus, et al., 2009).



Sentido de Vida

Efeito terapêutico

Para Frankl (1992) o ser humano é uma totalidade bio-psico-espiritual e, nesta totalidade, ressalta a dimensão espiritual como a sua característica mais especificamente humana (Kraus, 2014).

O sentido de vida é crucial para o desenvolvimento humano e promotor de "esperança", reforçando o seu potencial terapêutico (Acevedo, 2000, citado por Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009)



Sentido de Vida na Doença Crónica

Indivíduos com maior sentido de significado e propósito enfrentam melhor as circunstâncias difíceis (Duarte et al., 2022).

A promoção do sentido de vida está associada a níveis mais baixos de depressão e ansiedade e mais altos de sentido no sofrimento e estratégias de coping (Barros, 2014).

A esperança e o otimismo contribuem de forma positiva para as pessoas lidarem com a doença crónica grave (Hajdarevic et al., 2025).





Encontrar força interior contribui para desenvolver uma nova identidade, adaptar-se às limitações e redefinir os objetivos de saúde, permitindo que as pessoas possam ter percepções de que a vida tem um propósito e significado para além das limitações do corpo. (Hajdarevic et al., 2025)



Apoiar o indivíduo/família no desenvolvimento de capacidades de gestão da doença crónica, requer que o enfermeiro seja considerado pelo seu cliente como um parceiro dos cuidados.

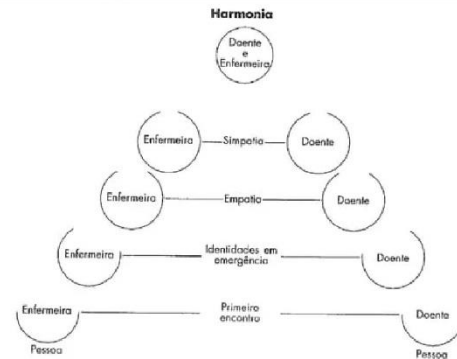
Só em conjunto serão identificados os objetivos terapêuticos e implementadas intervenções que se afiguram complexas, abrangentes e sistemáticas.

Para isso os profissionais devem ancorar o seu trabalho em modelos e aplicar os instrumentos de avaliação familiar, permitindo uma compreensão da dinâmica familiar, redes, recursos bem como as suas fragilidades e forças (Figueiredo, 2023).

Modelo de Relação Pessoa a Pessoa - Travelbee

Joyce Travelbee, fundou o “Modelo de relação Pessoa a Pessoa”, influenciada por Vitor Frankl, baseou os pressupostos da sua teoria nos conceitos da logoterapia.

Para Travelbee o propósito da enfermagem é assistir “um indivíduo, família, ou comunidade, na prevenção ou a lidar com experiência da doença e do sofrimento e se necessário encontrar algum sentido nestas experiências” (Tomey & Alligood, 2004, p.468)



A doença e o sofrimento são lutas espirituais, bem como experiências físico-emotivas.

A percepção do enfermeiro sobre o doente influencia a qualidade e quantidade de cuidado prestado a um ser humano doente.

Os papéis do enfermeiro e do doente têm de ser transcendidos para estabelecer uma relação pessoa a pessoa.

Os valores éticos e espirituais do enfermeiro, ou as suas crenças filosóficas sobre doença e sofrimento, irão determinar até que ponto ela será capaz de ajudar os indivíduos e as famílias a descobrir um sentido nestas experiências difíceis.

É da responsabilidade do enfermeiro auxiliar os indivíduos e as famílias na descoberta de um sentido na doença e no sofrimento.

Modelo de Relação Pessoa a Pessoa - Travelbee

Alguns Pressupostos

(Tomey & Alligood, 2004)

O Conhecimento dos enfermeiros

Os utentes reconhecem a importância do sentido de vida e acreditam que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, podem desempenhar um papel fundamental na sua promoção (Hupkens et al., 2020).

A consciencialização, por parte dos enfermeiros, da própria espiritualidade e a compreensão da mesma como facilitadora do processo de coping é fundamental na promoção do sentido da vida das pessoas. No entanto a falta de formação para atender a esta dimensão é sentida pelos enfermeiros como um obstáculo à sua integração nos cuidados (Caldeira et al., 2011).



Quando os enfermeiros integram a avaliação espiritual, obtêm um conhecimento mais profundo sobre os desejos dos utentes e maior oportunidade para planear intervenções eficazes tendo em conta as suas crenças e valores, trazendo uma dimensão terapêutica e relacional ao processo de cuidado (OE, 2021).

Cuidado Espiritual

Os enfermeiros reconhecem o seu papel na espiritualidade e no cuidado espiritual e quando o profissional desenvolve a sua própria espiritualidade, verifica-se um impacto positivo e significativo na forma como aprende e pratica o cuidado espiritual (Martins, 2012).



A saúde espiritual é uma das principais dimensões da saúde humana e o bem-estar espiritual o benefício decorrente da forma como os indivíduos procuram expressar significado, propósito e como vivenciam a sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza, e o sagrado (Puchalski et al., 2009, citado por Fonseca et al., 2021).



A espiritualidade pode ser facilitadora de uma intervenção terapêutica de enfermagem com o objetivo de promover uma transição bem-sucedida e saudável (Meleis, 2010, citado por Fonseca et al., 2021).

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidado Espiritual Prestado por Enfermeiro, da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro deve ter as competências e conhecimentos necessários para identificar as necessidades espirituais, contudo a maioria revela estranheza, embaraço e/ou relutância na abordagem da espiritualidade, sendo por isso necessário investir na sua formação, de modo a sistematizar a implementação do cuidado espiritual na prática clínica (Fonseca et al., 2021).

A espiritualidade no cuidado com as famílias, associada a práticas promotoras de saúde constitui um recurso na otimização da saúde familiar, facilitando os processos inerentes à avaliação e intervenção familiar, descoberta de sentido e mobilização de potenciais. Propõe-se o desenvolvimento da competência para o cuidado incondicional proativo (CoCIP), como recurso para a descoberta de sentido do próprio profissional e a otimização da saúde familiar (Figueiredo et al., 2020).



A Competência para o cuidado incondicional proativo (CoCIP) é a Competência para a orientação na descoberta de Sentido de Vida, promotor de Esperança, realização pessoal e o controlo sobre o sofrimento inevitável (Kraus et al., 2014).

Partindo do pressuposto que a pessoa/família está capacitada, em potência, para a autopoiese, os cuidados de enfermagem baseado nas forças (CBF) e a CoCIP capacitam para a orientação no desenvolvimento de forças-chave para a resiliência familiar (Figueiredo, 2023)

De acordo com o CBF, essência de enfermagem é “estar completamente presente na transformação de nós próprios e dos outros, enquanto procuramos o significado nas vidas das pessoas que têm atravessado momentos críticos nas suas vidas” (Gotlieb, 2026, p.326)



O Cuidar Baseado nas Forças (CBF)

O CBF é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se nos aspetos positivos, no que está a funcionar bem, no que a pessoa faz de melhor e nos recursos de que os indivíduos dispõem e que os ajuda a lidar mais eficazmente com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016).



O Cuidar Baseado nas Forças (CBF)

Tem como objetivo mudar o foco do cuidado: propõe um cuidado centrado nas capacidades, potencialidades e recursos das pessoas, famílias e comunidades, em vez de se focar unicamente nas doenças, défices e limitações;

Incentiva a autonomia, o empoderamento e a participação ativa da pessoa/ família no processo de saúde, recuperação e cura;

Valoriza o contexto de vida do indivíduo, suas relações e ambiente.



O Cuidar Baseado nas Forças (CBF)

"A prática do Cuidar Baseado nas Forças (SBC) exige que o enfermeiro esteja ciente das suas próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas. Esta consciência estende-se a um entendimento de como o comportamento do enfermeiro afeta a pessoa e a família, e como o comportamento destes afeta as respostas. Este nível de consciência é essencial para que o enfermeiro seja capaz de identificar e desenvolver as forças noutra pessoa." (Gottlieb, 2016,p.153).

"Qualquer intervenção familiar ou comunitária baseada nas forças e no sentido implica perguntas sobre a vida, que questionam o sentido e às quais devemos responder questionando a nossa identidade" (Figueiredo, 2023; p. 392).



Forças

São recursos inestimáveis de poder e energia, que ajudam a pessoa e família a fazer face aos pequenos e grandes desafios da vida.

Contribuem para a capacidade da pessoa se recuperar, retomar, refazer-se de todos os tipos de eventos (doença, acidentes,...) e superar as adversidades;

O conceito de força é usado como sinónimo de capacidade, atributos, competências, recursos, resiliência, habilidades, talentos,...

As qualidades Essenciais do Enfermeiro para o Cuidar Baseado nas Forças

- **Forças de Mentalidade**
- **Forças de conhecimento e saber**
- **Forças de relação**
- **Forças de defesa**



As qualidades Essenciais do Enfermeiro para o Cuidar Baseado nas Forças

Forças de Mentalidade

Qualidades que dão origem a um conjunto de atitudes, perspectivas, filosofias, ou valores que afetam a forma de alguém se comportar.

Inclui subcategorias de forças:

- Mindfulness (estar presente e atento no momento, com consciência e sem julgamento),
- Humildade,
- Abertura de espírito,
- Atitude de não julgamento



As qualidades Essenciais do Enfermeiro para o Cuidar Baseado nas Forças

Forças de conhecimento e saber

O SBC requer que os enfermeiros desenvolvam, não só conhecimentos, mas que também aprendam uma forma de saber. Motivam o enfermeiro a procurar novas informações sobre a pessoa.

As subcategorias específicas incluem:

- Curiosidade (desejo inato da pessoa de adquirir experiência e conhecimento);
- Autorreflexão (capacidade de analisar criticamente os próprios pensamentos, emoções, ações, assim como, os de outra pessoa).



As qualidades Essenciais do Enfermeiro para o Cuidar Baseado nas Forças

Forças de relação

Requer que os enfermeiros saibam se relacionar com os diferentes tipos de pessoas, para estabelecer relações de confiança. Compromisso com a saúde, recuperação e cura de outra pessoa.

As subcategorias desta força incluem:

- Respeito e confiança;
- Empatia;
- Compaixão e bondade.



As qualidades Essenciais do Enfermeiro para o Cuidar Baseado nas Forças

Forças de defesa

Servir como advogado de defesa é advogar pelos doentes e suas famílias, exige que o enfermeiro proteja, dê a cara, defenda, dê suporte e argumente em nome da pessoa e família.

Incluem subcategorias como:

- Coragem (lutar pelo que está certo)
- Autoeficácia (é a crença que a pessoa consegue ter um desempenho que trará o resultado desejado)





“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

Obrigada

Referências Bibliográficas

Barros, T. M. K. B. H. (2014). Sentido de vida da pessoa com dor crônica (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Caldeira, S., Castelo Branco, Z., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: Revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 121-130.

Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas,Lda.

Figueiredo, M. H., Kraus, T., Silva, M., & Charepe, Z. (2020). Espiritualidade e cuidados de enfermagem à família: Significações, vivências e expetativas. In Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (Org.), *Livro de Resumos do 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar* (pp. 68-69). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar. ISBN 978-989-54290-0-4.

Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Hajdarevic, S., Norberg, A., Lundman, B., & Hörnsten, Å. (2025). Becoming whole again—Caring for the self in chronic illness—A narrative review of qualitative empirical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 34, 754-771. <https://doi.org/10.1111/jocn.17332>

Hupkens, S., Goumans, M., Derckx, P., & Machiels, A. (2020). Nurse’s attunement to patient’s meaning in life: A qualitative study of experiences of Dutch adults ageing in place. *BMC Nursing*, 19, 41. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00431-z>

Kraus, T., Rodrigues, M., & dos Anjos Dixe, M. (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Referência - Revista de Enfermagem*, 2(10), 77-88. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas: Cuidado espiritual prestado por enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37569/gobp-espiritual-por-enfermeiro_vf.pdf

Martins, A. R. O. (2012). Tradução e adaptação linguística e cultural da “Spirituality and Spiritual Care Rating Scale”: Um instrumento de avaliação da perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Tomey, A. M., & Allgood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.ª ed.). Lusociência.

Apêndice 3 – Extração de Dados dos estudos

Estudos Incluídos (n=4)

Estudo 2: Lina María Vargas-Escobar; 2017 Colômbia	
Objetivo do Estudo	Avaliar a efetividade da intervenção educativa “Cuidado espiritual de enfermagem: integralidade do ser humano no cuidado” em profissionais de enfermagem que trabalham com utentes com doença crônica, visando fortalecer a percepção da espiritualidade e do cuidado espiritual. envolve diretamente enfermeiras e auxiliares de enfermagem como participantes.
Desenho do Estudo	Estudo quantitativo explicativo, quase-experimental (com grupo controlo e grupo experimental, pré-teste e pós-teste)
Contexto	Hospitalar
N da Amostra	222
Profissionais Incluídos	Enfermeiras e auxiliares de enfermagem
Caracterização da Amostra (experiência profissional, formação)	<u>Género</u> : 91,9% mulheres. Idade: 59,5% entre 26–35 anos. <u>Experiência profissional</u> : média 10,3 anos (1–34). <u>Atuação</u> : 100% com experiência assistencial; 14,9% administrativa. <u>Formação académica</u> : Técnico 33%; Licenciatura/Pregrado 36,7%; Especialização 25,8%; Mestrado 4,1%. <u>Formação prévia em doentes crónicos</u> : 54,5%. <u>Formação prévia em cuidado espiritual</u> : 22,5%. Religião (inclinação): 84,7% Católica. <u>Turnos</u> : manhã 35,6%; tarde 25,2%; noite 19,4%; jornada ordinária 16,2% (outros distribuídos).
Conceito Avaliado (sentido de vida, propósito, significado)	Avalia-se espiritualidade e cuidado espiritual como "construtores" que envolvem significado e propósito (a introdução define explicitamente espiritualidade como ideias sobre significado e propósito de vida).

Tipo de Conhecimento Avaliado (conhecimento, percepções, atitudes)	Percepções dos Enfermeiros (não competências objetivamente medidas, nem resultados clínicos; inclui conhecimento percecionado e atitudes ligadas ao cuidado espiritual)
Método de Avaliação (questionário, entrevista, outro)	Questionário: Escala de avaliação da espiritualidade e do cuidado espiritual (Likert, 17 itens; subescalas: espiritualidade, cuidado espiritual, religiosidade, cuidado personalizado) (nota: adaptada e validada em espanhol pela autora)
Instrumento Utilizado (se aplicável)	McSherry, Draper & Kendrick (2002) — versão espanhola validada (validade facial 92%, conteúdo IVC=0,99, alfa Cronbach=0,73)
Foco do Cuidado (família, cuidador, pessoa com doença crónica)	Pessoa com doença crónica
Enquadramento da Família no estudo (central, secundário)	Secundário - A família é referida como parte do contexto de cuidado e relação enfermeiro-paciente/família, mas não é unidade de análise
Nível de Conhecimento dos Enfermeiros	Antes da intervenção, baixa formação prévia em cuidado espiritual (77,5% sem formação). Após a intervenção, melhora significativa na percepção total e em subescalas (espiritualidade, cuidado espiritual, cuidado personalizado).
Lacunas Identificadas	1. Baixa participação/educação prévia em cuidado espiritual. 2. Barreiras institucionais/individuais/situacionais/ de conhecimento para implementar o cuidado espiritual na prática. 3. Necessidade de replicar a intervenção noutros contextos (validade externa). 4. Subescala religiosidade e percepção de cuidado espiritual com resultados menos robustos entre grupos.
Principais Contributos para a Prática de Enfermagem	Intervenção de uma sessão, reproduzível e viável em contexto clínico. . Melhora percepções dos profissionais sobre espiritualidade/cuidado espiritual, favorecendo linguagem comum e consciência da dimensão espiritual em cronicidade. . Evidencia a necessidade de formação continuada e integração do cuidado espiritual na prática.

Limitações do Estudo	1. Quase-experimental (não randomizado por impossibilidades práticas; amostra por conveniência). 2. Validade externa limitada ao contexto estudado; requer testes noutros ambientes. 3. Perdas de seguimento (~14,4%). 4. Possível influência de experiências espirituais durante o estudo, não controláveis. 5. Outcome mede percepções dos profissionais, não resultados nos utentes/famílias.
Relevância para a Revisão	Muito relevante
Notas	amostra: Experimental n=112; Controlo n=110 (perdas ~14,4%). Apesar de avaliar a percepção de espiritualidade e de cuidado espiritual (inclui dimensões/ideias de significado, propósito, transcendência e religiosidade no enquadramento teórico - e subescalas: espiritualidade, cuidado espiritual, religiosidade e cuidado personalizado; o sentido/propósito de vida” não é avaliado e nem é utilizado nenhum o instrumento específico correlacionado (p. ex., Purpose in Life Test, Meaning in Life Questionnaire, etc.). Ou seja, o artigo aborda a espiritualidade de forma ampla, mas não quantifica o “sentido/propósito” como objetivo de estudo.
Estudo 3: Silva, Thiago Privado da; 2015 Brasil	
Objetivo do Estudo	Foco explícito do estudo: compreender estratégias de ação/interação da equipa de enfermagem no cuidado à criança com doença crónica hospitalizada. Relação com “sentido/propósito de vida”- O artigo não investiga diretamente o “sentido/propósito de vida”. Contudo, toca dimensões existenciais relevantes (ex., espiritualidade, afetividade, empatia, diálogo e valorização da família), que são meios pelos quais a enfermagem pode sustentar significado, esperança e sentido em crianças/famíliaes. Foco explícito do estudo: compreender estratégias de ação/interação da equipa de enfermagem no cuidado à criança com doença crónica hospitalizada. O estudo envolveu diretamente enfermeiros (como participantes e como equipa investigadora de enfermagem)
Desenho do Estudo	Estudo qualitativo
Contexto	Hospitalar

N da Amostra	18
Profissionais Incluídos	Enfermeiros (n=8), técnicos de enfermagem (n=6) e familiares (n=4 mães) – participantes do estudo
Caracterização da Amostra (experiência profissional, formação)	<u>Enfermeiros</u> - 7 Mulheres / 1 Homem; Experiência profissional no cuidado à criança crônica: 4 a 32 anos; Critérios de inclusão: ≥3 anos de experiência, ≥1 ano na instituição; Predominância feminina: 7 mulheres, 1 homem. <u>Técnicos de Enfermagem</u> - Experiência: 5 a 27 anos; todos do gênero feminino. <u>Familiares</u> - 4 mães de crianças com condição crônica (Formação específica não detalhada)
Conceito Avaliado (sentido de vida, propósito, significado)	O conceito central é “estratégias de ação/interação” na relação de cuidado (subcategorias: interação com família; trabalho em equipa; atitudes mediadoras com a criança; ser profissional e humano; uso do lúdico; afetividade; espiritualidade). Não foram operacionalizados “sentido/propósito de vida” como objetivos primários.
Tipo de Conhecimento Avaliado (conhecimento, percepções, atitudes)	Predominantemente percepções e atitudes/práticas da equipa de enfermagem sobre interações no cuidado; também experiências dos familiares.
Método de Avaliação (questionário, entrevista, outro)	Entrevista semiestruturada; amostragem teórica e saturação teórica.
Instrumento Utilizado (se aplicável)	Roteiro de entrevista semiestruturada (perguntas norteadoras para cada grupo); paradigma analítico da Grounded Theory (condições, estratégias, consequências).
Foco do Cuidado (família, cuidador, pessoa com doença crônica)	Criança com condição crônica (no hospital) e seu familiar
Enquadramento da Família (central, secundário)	Central - na categoria “Interagindo com o familiar da criança” e na valorização do familiar como mediador e fonte de confiança/segurança para a criança.

Nível de Conhecimento dos Enfermeiros	O artigo não mede conhecimento técnico; evidencia competências relacionais (diálogo, escuta qualificada, empatia, liderança, negociação) e recursos subjetivos (afetividade, espiritualidade), sugerindo necessidade de apoio emocional/psicológico/espiritual para a equipa.
Lacunas Identificadas	1 - Âmbito limitado à equipa de enfermagem; sugere aprofundar com perspetiva multiprofissional. 2. Necessidade de apoio emocional/psicológico/espiritual aos profissionais para lidar com aspetos subjetivos do cuidado pediátrico crónico.
Principais Contributos para a Prática de Enfermagem	Estratégias concretas para melhorar a interação: diálogo, escuta qualificada, empatia, valorização do familiar, trabalho em equipa, profissionalismo, lúdico, afetividade e espiritualidade. Reconhecimento da complexidade e da unidualidade “ser humano/ser profissional”, com necessidade de limites no envolvimento emocional para proteger o cuidador e a qualidade do cuidado.
Limitações do Estudo	Contexto único (UIP de um hospital pediátrico específico), o que limita generalização direta para outros cenários. (implicação dedutiva a partir do desenho/contexto descritos).
Relevância para a Revisão	Muito relevante
Notas	O foco do estudo é estratégias de ação/interação da equipa de enfermagem no cuidado à criança com condição crónica hospitalizada. - Não é um estudo sobre “sentido/propósito de vida” per se, mas é pertinente para fundamentar como práticas de interação e espiritualidade na enfermagem podem contribuir para o significado e o propósito percebido por utentes e famílias. As dimensões trabalhadas são: diálogo, escuta qualificada, empatia, afetividade, lúdico, trabalho em equipa e espiritualidade. Embora a espiritualidade seja mencionada como estratégia de cuidado e coping profissional, o estudo não investiga o sentido de vida, propósito, esperança, significado existencial, nem apresenta métodos, categorias ou análises orientadas. Não explora como a enfermagem avalia ou capacita utentes/familiares na construção de propósito ou sentido de vida. Estudo qualitativo, metodologicamente ancorado na Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados. TFD), com codificação aberta, axial e seletiva; uso de memorandos e diagramas.

Estudo 21: Hanestad BR; 1996 | Noruega

Objetivo do Estudo	Investigar como enfermeiros definem o conceito de qualidade de vida e se o consideram relevante e útil na prática diária; identificar características de boa vs. má qualidade de vida e intervenções para a manter/aumentar.
Desenho do Estudo	Estudo descritivo, transversal, com questionário de perguntas abertas e análise de conteúdo qualitativa.
Contexto	Hospitalar
N da Amostra	18
Profissionais Incluídos	Enfermeiros (n=18) responsáveis pelos cuidados a doentes com doença crónica (unidades neurológica e reumatológica).
Caracterização da Amostra (experiência profissional, formação)	Enfermeiros responsáveis pelos cuidados a pessoas com doença crónica em unidades neurológica e reumatológica. O estudo não apresenta dados sobre idade, género, anos de experiência ou formação pós-graduada.
Conceito Avaliado (sentido de vida, propósito, significado)	Qualidade de vida percebida pelos enfermeiros, frequentemente expressa como “meaning in life” (significado/propósito de vida).
Tipo de Conhecimento Avaliado (conhecimento, percepções, atitudes)	Percepções e conceções dos enfermeiros sobre o conteúdo, relevância e utilidade do conceito; também atitudes implícitas quanto a intervenções mais valorizadas.
Método de Avaliação (questionário, entrevista, outro)	Questionário com 4 questões abertas (definição, relevância, características de QoL, e intervenções).
Instrumento Utilizado (se aplicável)	Questionário ad hoc (não padronizado/validado), desenvolvido, discutido com docentes e pilotado em 9 estudantes; posterior análise de conteúdo

Foco do Cuidado (família, cuidador, pessoa com doença crónica)	Pessoa com doença crónica
Enquadramento da Família (central, secundário)	Secundário
Nível de Conhecimento dos Enfermeiros	Os enfermeiros associam QoL a “significado de vida” e a coping; valorizam sobretudo o “modo de estar” (escuta, presença, encorajamento) como intervenção — conhecimento experiencial/existencial, com menor explicitação de indicadores instrumentais/objetivos.
Lacunas Identificadas	1. Baixa taxa de resposta (33%); 2. pouca caracterização dos participantes; 3. ausência de medidas validadas de QoL 4. subenfase no controlo sintomático e na família; 5. viés para cuidados expressivos; 6. impossibilidade de generalização.
Principais Contributos para a Prática de Enfermagem	. Reforça a centralidade do significado/propósito de vida na QoL; . evidencia o papel do relacionamento terapêutico (tempo, presença, confiança, escuta); . propõe coping como via para melhorar QoL; . sugere prioridades para formação/intervenções focadas no existencial.
Limitações do Estudo	1 .33% de resposta; questionário aberto não validado; contexto único (um hospital); 2. auto-relato dos profissionais; 3. não comparação de subgrupos; ausência de dados de doentes/famílias; potencial viés de desajabilidade.
Relevância para a Revisão	Muito relevante
Notas	Ano: 1996 Contexto: Hospitalar-unidades neurológica e reumatológica de um hospital universitário na Noruega N= 18 enfermeiros (taxa de resposta 33% de 54 questionários distribuídos). evidenciada a necessidade de: . Capacitar o doente via relação terapêutica: tempo, presença, escuta, encorajamento e inspiração de confiança são vistos como as intervenções nucleares para sustentar/aumentar o sentido de vida e a QoL. . Promover coping: focar QoL/“sentido” é entendido como estratégia para estimular mecanismos de coping, reforçando recursos internos do doente.

Estudo 24: Moonen C; 2016 | Bélgica

Objetivo do Estudo	Descrever como enfermeiros de psiquiatria lidam com o sofrimento existencial “hopeless” em doentes com doença mental grave e persistente (SPMI), caracterizando o processo de cuidado e fatores contextuais que o influenciam.
Desenho do Estudo	Qualitativo; entrevistas semiestruturadas; recolha/análise inspiradas por grounded theory.
Contexto	Hospitalar (hospitais psiquiátricos/residencial)
N da Amostra	n=15
Profissionais Incluídos	Enfermeiros de psiquiatria (psychiatric nurses)
Caracterização da Amostra (experiência profissional, formação)	Sexo: 7 homens / 8 mulheres Idade: 20–29 (3); 30–39 (5); 40–49 (5); 50–59 (2) Educação: “HBO5” (6) / Bachelor (9) Experiência: 1–5 (1); 6–10 (3); 11–15 (3); 16–20 (3); 21–25 (2) Orientação religiosa/filosófica: Católica (9), Humanista (4), Espiritual não afiliada (2) Tipos de unidade: variados (psiquiatria, lar psiquiátrico, gerontopsiquiatria, longa duração/intensivo, etc.)
Conceito Avaliado (sentido de vida, propósito, significado)	Sufrimento existencial; procura/oportunidade de “meaning and purpose” (significado e propósito) como dimensão do cuidado holístico.
Tipo de Conhecimento Avaliado (conhecimento, percepções, atitudes)	Conhecimento experiencial/prático e sense-making profissional sobre cuidar do sofrimento existencial (percepções, práticas, atitudes éticas/relacionais).
Método de Avaliação (questionário, entrevista, outro)	Entrevistas semiestruturadas in-depth (baseadas em casos).

Instrumento Utilizado (se aplicável)	Guia de entrevista semiestruturada (pergunta-âncora: descrever trajecto de cuidado de um caso) Questionário de caracterização (para seleção e heterogeneidade)
Foco do Cuidado (família, cuidador, pessoa com doença crónica)	Pessoa com doença crónica (SPMI) e sofrimento existencial; relação enfermeiro–doente como núcleo
Enquadramento da Família (central, secundário)	Secundário — o envolvimento de familiares/“loved ones” é considerado parte da dimensão social e do apoio/decisões (incluindo pedidos de eutanásia), mas não é o foco principal.
Nível de Conhecimento dos Enfermeiros	Evidencia compreensão aplicada do sofrimento existencial e integração de dimensão espiritual/meaning-purpose no cuidado holístico; estruturação do cuidado em fases.
Lacunas Identificadas	Escassez de investigação empírica sobre cuidados “paliativos/de suporte” para sofrimento existencial em SPMI (não-terminal) Necessidade de triangulação com outras perspetivas (psiquiatras, psicólogos, doentes, familiares); Referência a falta de formação/supervisão como barreira (contextual).
Principais Contributos para a Prática de Enfermagem	Modelo processual em 4 fases: conhecer/encontro; reconhecimento do doente como pessoa e sofredor; construção de relação de cuidado baseada em confiança e respeito; fase de conclusão/continuidade simbólica. Reforça cuidado relacional e holístico (físico, mental, social/relacional, espiritual, moral), incluindo “opportunity to find meaning and purpose”. Identifica fatores contextuais que facilitam/inibem (ex.: staffing, quartos individuais, carga administrativa, paternalismo, contratransferência negativa).
Limitações do Estudo	n pequeno (15), embora com saturação reportada; dificuldade dos enfermeiros em narrar estrutura temporal nos primeiros entrevistados; necessidade de amostragem teórica adicional; ausência de triangulação com outras perspetivas
Relevância para a Revisão	Alta — enfermeiros como população; foco explícito em sofrimento existencial/meaning-purpose; aplicável à doença crónica (SPMI)
Notas	O artigo usa linguagem de “sofrimento existencial” e “meaning/purpose” como parte do cuidado holístico; útil para operacionalizar “conhecimento” como conhecimento prático/relacional na revisão.

Estudos Excluídos (n=34)

ID	Autor, Ano	País	Justificação para Exclusão (PCC)
1	Hinojosa-García, 2020	México	não é avaliado o conceito principal da investigação - (C): Conhecimento sobre a importância do sentido de vida / propósito de vida / significado de vida
4	Tatsuya Morita, MD; 2014	Japão	Apesar de avaliar o conceito principal da investigação (propósito de vida); é desenvolvido no âmbito de cuidados paliativos
5	Burney S; 2019	Austrália	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
6	Galvis-López, 2016	Colômbia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
7	Sorour Khari;, 2024	Irão	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
8	Antonovsky, A.; 2003	Suécia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
9	Forsberg C, Björvell H; 1996	Suécia	Não é avaliado o conceito principal da investigação - (C): Conhecimento sobre a importância do sentido de vida / propósito de vida / significado de vida
10	Florian V, Krulik T; 1991	Israel	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
11	Svavarsdottir EK; 2005	Islândia e EUA	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
12	Gaston-Johansson F; 2013	Estados Unidos da América (EUA)	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
13	Friberg F; 2007	Suécia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
14	Buscher AL; 2015	Estados Unidos da América (EUA)	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
15	Hjorth M; 2020	Suécia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros

ID	Autor, Ano	País	Justificação para Exclusão (PCC)
16	Falk K;2007	Suécia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
17	Encarnação P; 2018	Portugal	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
18	Larsen JL; 2017	Dinamarca	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
19	Corey KL;2017	Estados Unidos da América (EUA)	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
20	Ok Ja Lee; 2009	Coreia do Sul	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
22	Haahr A; 2011	Noruega	não é avaliado o conceito principal da investigação - (C): Conhecimento sobre a importância do sentido de vida / propósito de vida / significado de vida
23	Hajdarevic S; 2025	Suécia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
25	Dos Santos FC; 2024	Estados Unidos da América (EUA)	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
26	Hwang EJ; 2004	Coreia do Sul	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
27	Özkan Tuncay F; 2018	Turquia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
28	Delmar C; 2006	Dinamarca	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
29	Heidrich SM; 2006	Estados Unidos da América (EUA)	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
30	Liu SJ; 2001	China	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
31	Andersen HE; 2020	Dinamarca	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
32	Jadidi A; 2022	Irão	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
33	Bernal, Nubia Hernández; 2018	Colômbia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros

ID	Autor, Ano	País	Justificação para Exclusão (PCC)
34	Delmar C, 2005	Dinamarca	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
35	Smith ME; 1996	Estados Unidos da América (EUA)	Não é avaliado o conceito principal da investigação - (C): Conhecimento sobre a importância do sentido de vida / propósito de vida / significado de vida
36	Morita T; 2009	Japão	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros
37	Gilmour J; 2014	Austrália	Não é avaliado o conceito principal da investigação - (C): Conhecimento sobre a importância do sentido de vida / propósito de vida / significado de vida
38	Wann-Hansson C; 2008	Suécia	Estudo não envolveu a população alvo (P) Enfermeiros