



IMPORTÂNCIA DA DESCOBERTA DO SENTIDO DE VIDA NA ACEITAÇÃO E ENVOLVIMENTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM UTENTES COM DOENÇA CRÓNICA E SUAS FAMÍLIAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Catarina Rebelo Moreira (5240076)

VIII 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 USF**

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

Agradecimentos

Antes de fechar estas páginas, preciso de regressar ao início. Nenhuma tese começa verdadeiramente com a primeira frase escrita, mas com as pessoas que, muito antes disso, nos seguraram quando ainda só tínhamos dúvidas, ideias soltas e um sonho teimoso. Este trabalho nasceu delas — das mãos que me ampararam, das vozes que me desafiaram, dos gestos silenciosos que me empurraram para a frente e de quem acreditou em mim.

Dedico estas palavras:

Ao meu companheiro de vida por acreditar sempre em mim, por todo o esforço, dedicação e apoio incondicional, e pelas tuas palavras de conforto quando só me apetecia desistir, sem a tua ajuda esta caminhada teria sido impossível.

Ao meu filho Gabriel, pela compreensão, pelo tempo que não pude dar a atenção que merecias e pelas vezes que não pude brincar contigo. Mesmo assim, tu estiveste lá com o teu sorriso, com as tuas palavras “mãe vais conseguir”. Obrigada por seres a minha luz, a minha força e por seres este menino tão generoso que me lembra todos os dias o que realmente importa.

À minha amiga Vânia que caminhou ao meu lado nesta longa jornada, que nos permitiu crescermos juntas e vivenciarmos de mãos dadas o real sentido de resiliência. Obrigada pelo teu apoio, pela escuta e presença constante nos momentos mais difíceis.

À Enfermeira Flor, por todos os conhecimentos generosamente partilhados, pela boa disposição que tornava cada dia mais leve e pelo acolhimento incrível que me fez sentir parte da equipa desde o primeiro momento, não poderia ter tido melhor orientadora.

À Prof. Orientadora Teresa Kraus que me mostrou que a Enfermagem pode ser vista de maneira mais profunda, mais humana e mais transformadora tanto por quem cuida quanto por quem é cuidado. Agradeço a profundidade e a sensibilidade com que transmitiu o conhecimento sobre o sentido de vida.

Resumo

Enquadramento: A doença crónica representa uma experiência prolongada e desafiante que afeta não apenas a pessoa, mas também a família, exigindo adaptações constantes a nível físico, emocional, social e existencial. Neste contexto, o sentido de vida assume particular relevância, pois influencia a forma como a pessoa compreende a sua condição, atribui significado às mudanças impostas pela doença e se envolve nos cuidados de saúde. A literatura tem vindo a reconhecer que a descoberta do sentido de vida promove um bem-estar geral (psicológico, social e espiritual), redução da ansiedade e depressão, valorização do essencial da vida, autotranscendência, maior autoeficácia no controlo da dor crónica, e fortalece a participação ativa nos cuidados de saúde, nomeadamente na autogestão e adesão ao regime terapêutico, embora esta dimensão permaneça pouco explorada na prática clínica e na investigação em saúde.

Objetivo: Analisar a importância da descoberta do sentido de vida na aceitação, na adesão ao regime terapêutico e envolvimento nos cuidados de saúde em utentes com doença crónica e as suas famílias.

Metodologia: Conduziu-se uma revisão integrativa da literatura e optou-se por uma estratégia sensível e abrangente que permitiu mapear o maior número possível de artigos potencialmente relevantes, adequada à natureza exploratória da revisão, garantindo uma compreensão alargada e aprofundada do conhecimento do fenómeno em análise , com refinamento realizado nas fases subsequentes de seleção e de análise dos estudos. A pesquisa foi realizada em três bases de dados eletrónicas relevantes nas áreas da saúde, nomeadamente Medline, Cinahl e SciELO. Os termos de pesquisa operacionalizaram os três componentes do modelo PCC, tendo a pesquisa decorrido durante o mês de janeiro de 2026. Devido ao reduzido número de artigos, não foram aplicadas restrições quanto ao idioma, à data de publicação ou ao tipo de estudo. Foram incluídos estudos primários que analisassem a relação entre o sentido de vida e os processos de aceitação da doença, adaptação e envolvimento nos cuidados de saúde, independentemente do desenho metodológico adotado. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, comentários, estudos de caso isolados, dissertações, teses e literatura cinzenta não sujeita a revisão por pares e excluíram-se estudos desenvolvidos exclusivamente no contexto de cuidados paliativos, uma vez que o enquadramento conceptual e experiencial do fim de vida difere do foco desta revisão, centrado nos processos de adaptação e envolvimento ao longo da vivência da doença crónica.

Resultados: Nove estudos incluídos demonstram diversidade metodológica, conceitual e contextual, o que possibilita uma compreensão abrangente do papel ou importância do sentido de vida na experiência da doença crónica. As amostras abrangem adultos e idosos com diferentes condições de doença crónica, incluindo cancro, dor crónica, insuficiência renal crónica, DPOC, outras doenças crónicas não transmissíveis e Long Covid. Os estudos foram conduzidos em diversos países (Europa, América do Norte, América do Sul e Ásia) e em múltiplos contextos assistenciais, incluindo cuidados de saúde primários, contextos comunitários, programas domiciliários, contextos hospitalares especializados (nefrologia, oncologia) e serviços clínicos diferenciados (programas de reabilitação respiratória, consulta da dor orofacial).

Conclusão: A descoberta de sentido de vida constitui um elemento central na vivência da Pessoa com doença crónica, influenciando de forma consistente a aceitação, a adaptação e o envolvimento nos cuidados de saúde. A evidência reforça a necessidade de intervenções de enfermagem sensíveis às dimensões existenciais da

saúde, que reconheçam a pessoa e a família como unidade indissociável de cuidado, em consonância com os princípios da Enfermagem de Saúde Familiar.

Palavras-chave: Sentido de vida, doença crónica, aceitação, cuidado, família, envolvimento e adaptação.

Abstract

Background: Chronic illness represents a prolonged and challenging experience that affects not only the individual but also the family, requiring constant physical, emotional, social, and existential adjustments. In this context, meaning in life assumes particular relevance, as it influences how the person understands their condition, assigns significance to the changes imposed by the illness, and engages in health care. The literature has increasingly recognized that discovering a sense of meaning promotes overall well-being (psychological, social, and spiritual), reduces anxiety and depression, enhances the appreciation of what is essential in life, fosters self-transcendence, increases self-efficacy in managing chronic pain, and strengthens active participation in health care, particularly in self-management and adherence to therapeutic regimens, although this dimension remains underexplored in clinical practice and health research.

Objectives: To analyse the importance of discovering meaning in life for the acceptance of illness, adherence to therapeutic regimens, and involvement in health care among individuals with chronic illness and their families.

Method: An integrative literature review was conducted, and a sensitive and comprehensive search strategy was adopted to map the largest possible number of potentially relevant articles. This approach was appropriate to the exploratory nature of the review, ensuring a broad and in-depth understanding of the knowledge available on the phenomenon under analysis, with refinement carried out in the subsequent stages of study selection and analysis. The search was performed in three electronic databases relevant to the health sciences, namely Medline, Cinahl, and SciELO. The search terms operationalized the three components of the PCC model, and the search took place during January 2026. Due to the limited number of articles, no restrictions were applied regarding language, publication date, or study design. Primary studies examining the relationship between meaning in life and the processes of illness acceptance, adaptation, and engagement in health care were included, regardless of methodological design. Editorials, letters to the editor, commentaries, single case studies, dissertations, theses, and grey literature not subject to peer review were excluded, as were studies conducted exclusively in palliative care settings, given that the conceptual and experiential framework of end-of-life care differs from the focus of this review, which centers on adaptation and engagement processes throughout the experience of chronic illness.

Results: Nine included studies demonstrate methodological, conceptual, and contextual diversity, which enables a comprehensive understanding of the role or significance of meaning in life in the experience of chronic illness. The samples comprise adults and older adults with different chronic conditions, including cancer, chronic pain, chronic kidney disease, COPD, other non-communicable chronic diseases, and Long Covid. The studies were conducted in several countries (Europe, North America, South America, and Asia) and across multiple care settings, including primary health care, community contexts, home-based programmes, specialised hospital settings (nephrology, oncology), and differentiated clinical services (respiratory rehabilitation programmes, orofacial pain clinics).

Conclusion: The discovery of meaning in life is a central element in the experience of a person with chronic illness, consistently influencing acceptance, adaptation, and involvement in healthcare. Evidence reinforces the need for nursing interventions sensitive to the existential dimensions of health, recognizing the person and family as an inseparable unit of care, in accordance with the principles of Family Health Nursing.

Keywords: Meaning in life; Chronic illness; acceptance; care; Family, involvement; adaptation

Lista de Acrónimos e Siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

BI CSP – Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CoCIP - Competência para o Cuidado incondicional Proativo

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ICN - International Council of Nurse

IDG - Índice Desempenho Global

IDS - Índices de Desempenho Setoriais

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação da Família

MCAIF- Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCIF- Modelo Calgary Intervenção Familiar

MIMUF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCC -População, Conceito, Contexto

PNS – Plano Nacional de Saúde

QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SClínico - Sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para as instituições do Serviço Nacional de Saúde.

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUCH – Serviços de Utilização Comum dos Hospitais

ULS- Unidade Local de Saúde

ULSO- Unidade Local de Saúde do Oeste

USF - Unidade de Saúde Familiar

Índice Geral

Agradecimentos.....	ii
Resumo	ii
Abstract	iv
Lista de Acrónimos e Siglas.....	vi
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Tabelas	x
Índice de Quadros.....	xi
Introdução	1
1- Contextos Da Prática Clínica De Enfermagem De Saúde Familiar	2
1.1- Caracterização Do Local De Estágio	6
1.2- Polo Assistencial / Caracterização Dos Utentes Do Ficheiro Do Enfermeiro De Família	12
2- Fundamentação Teórica	16
2.1- Família, Saúde Familiar E Enfermeiro Especialista Em Saúde Familiar.....	16
2.2- Modelos De Enfermagem E Os Seus Contributos Para A Enfermagem De Saúde Familiar.....	18
2.3- Doença Crónica / Sentido De Vida / Aceitação Da Doença E Envolvimento Nos Cuidados De Saúde... ..	24
3- Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária Na Área De Saúde Familiar	30
3.1- Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista.....	30
3.1.1. Domínio da Responsabilidade ética e deontológica.....	31
3.1.2- Domínio da Melhoria da qualidade.....	33
3.1.3- Domínio da Gestão de cuidados.....	35
3.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	36
3.2- Competências Específicas	38
3.2.1- Cuida da família como unidade de cuidados, e de dada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.....	38
3.2.2- Lidera e colabora nos processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar ...	43
4- Prática Especializada Baseada Na Evidência.....	45
4.1- Introdução.....	45
4.2- Metodologia.....	47
4.2.1- Desenho do estudo	47
4.2.2- Questão de investigação.....	47
4.2.3 - Estratégia de pesquisa da literatura	48
4.2.4- Critérios de inclusão e exclusão	49
4.2.5- Processo de seleção dos estudos	50

4.2.6- Extração dos dados.....	50
4.2.7- Análise e síntese dos dados.....	50
4.3- Resultados.....	51
4.3.1-Processo de identificação e seleção dos estudos.....	51
4.3.2- Caracterização geral dos estudos incluídos.....	52
4.3.3- Síntese temática dos resultados.....	52
4.3.4- Síntese global dos resultados	55
4.4- Discussão.....	60
4.5- Conclusão.....	66
4.6- Implicações Na Prática Clínica.....	68
Conclusão Integrativa	70
Referências bibliográficas	72
APÊNDICES.....	
Apêndice I - Aplicação Do Modelo De Calgary De Avaliação Familiar A Uma Família Da USF	
Apêndice II– Formação Sentido de Vida	
Apêndice III- Quadro de exclusão de estudos.....	
Apêndice IV- Quadro de extração de dados.....	

Índice de Figuras

Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes inscritos nos CSP ULSO	6
Figura 2 – Logótipo da USF	7
Figura 3 - Distribuição das inscrições na USF.....	8
Figura 4 - Estrutura Funcional da USF.....	9
Figura 5 - Fases do Modelo Relação Pessoa-a-Pessoa de Travelbee	21

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Valor do IDS da USF, relativos a junho 2025.....	12
Tabela 2 : Distribuição de utentes por programa de vigilância utentes em junho 2025	14
Tabela 3: Problemas de saúde mais frequentes no ficheiro de utentes USF, relativos a junho 2025	14

Índice de Quadros

Quadro 1 : Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da Responsabilidade ética e deontológica.	32
Quadro 2 : Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da melhoria da qualidade.	33
Quadro 3 : Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da Gestão de Cuidados.	35
Quadro 4: Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.	37
Quadro 5: Competência específica do Enfermeiro Especialista :“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”	39
Quadro 6: Competência específica do Enfermeiro Especialista: “Lidera e colabora nos processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”	43
Quadro 7 : PCC.....	47
Quadro 8 - Estratégia de pesquisa (MEDLINE, CINAHL e SciELO).	49
Quadro 9 - Síntese dos estudos incluídos sobre sentido de vida, aceitação/adaptação e envolvimento nos cuidados de saúde na doença crónica.....	55

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio III, integrado no Plano de Estudos do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, na Área de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, do 2º ano, 3º semestre, um dos objetivos específicos é a redação de um relatório de carácter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde.

O relatório final de estágio é fundamental para avaliar tanto a aprendizagem quanto o desenvolvimento de competências, pois possibilita uma análise crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado durante o estágio, face aos objetivos propostos (OE, 2021).

Desta forma, este relatório tem como objetivo apresentar uma reflexão crítica das atividades realizadas em contexto clínico, destacando situações de aprendizagem, dificuldades encontradas e a avaliação dos resultados obtidos. Também aborda como todas as experiências, atividades e oportunidades contribuíram para o desenvolvimento e aprimoramento das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

O relatório está estruturado em quatro capítulos e visa evidenciar a integração do conhecimento adquirido durante o período teórico e nos ensinamentos clínicos anteriores, sob uma abordagem que destaca a relevância da enfermagem de saúde familiar para a promoção de ganhos em saúde entre utentes, famílias e comunidades.

No primeiro capítulo, apresenta-se uma descrição breve do contexto da prática clínica de enfermagem em saúde familiar, bem como a caracterização tanto do local de estágio quanto dos utentes inscritos no ficheiro do Enfermeiro de Família. No segundo capítulo, desenvolve-se uma fundamentação teórica sucinta relativa aos conceitos de família, Saúde Familiar e Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar, aos modelos de enfermagem aplicados na prática de Enfermagem de Saúde Familiar, bem como aos temas da doença crónica, do sentido de vida e da aceitação e envolvimento nos cuidados de saúde. Segue-se um terceiro capítulo, no qual se explicita o modo como foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns e específicas previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.

Por fim, no último capítulo, procede-se à pesquisa desenvolvida segundo a metodologia de revisão integrativa da literatura, centrada no tema *“Descoberta do Sentido de Vida na aceitação e envolvimento nos cuidados de saúde em utentes com doença crónica e suas famílias”*. Apresenta-se o protocolo elaborado no âmbito da Prática Baseada na Evidência, bem como as reflexões que emergem do julgamento crítico e do processo de amadurecimento pessoal e profissional adquirido.

1- Contextos Da Prática Clínica De Enfermagem De Saúde Familiar

A Conferência de Alma-Ata em 1978, destaca os Cuidados de Saúde Primários, que pela primeira vez foram considerados o pilar de sustentação dos sistemas de saúde. Defende que a saúde é um direito humano fundamental e que as desigualdades no seu acesso são inaceitáveis, o desenvolvimento social e económico é inseparável da promoção da saúde e que os Cuidados de Saúde Primários devem ser a estratégia central para alcançar a “Saúde para Todos”(OMS, 1978).

Estes cuidados devem ser universais, acessíveis, baseados em evidência científica, culturalmente adequados e construídos com forte participação comunitária, articulando setores como educação, nutrição, saneamento e habitação. A declaração apela ainda à cooperação internacional e ao compromisso político dos governos para garantir sistemas de saúde equitativos e sustentáveis, tendo por base valores de justiça social, responsabilidade e acessibilidade universal (OMS, 1978). Neste contexto, a OMS definiu objetivos de “Saúde para todos em 2000”, sublinhando a necessidade de criar políticas que promovam e protejam a saúde. Defendeu ainda o fortalecimento das competências das pessoas, permitindo-lhes assumir um papel ativo na gestão da sua própria saúde e, assim, contribuir para o desenvolvimento económico e social contínuo (ICN, 2008).

Em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde em Portugal, estabelecendo um sistema de cuidados globais, com cobertura universal e tendencialmente gratuito, garantindo o direito à proteção da saúde independentemente da condição económica ou social. Foi uma conquista fundamental da democracia portuguesa, promovendo cuidados primários e diferenciados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1986) , com a Carta de Ottawa é definido o conceito de “Promoção da Saúde” associado ao processo de capacitação das pessoas para controlarem a sua própria saúde e estabelece princípios fundamentais para fortalecer a promoção da saúde a nível global . Define promoção da saúde como o processo que capacita indivíduos e comunidades a melhorar a sua qualidade de vida, enfatizando que a saúde é um recurso para a vida e não o objetivo final. O documento identifica pré-requisitos essenciais como paz, habitação, educação, alimentação, rendimento, justiça social e equidade e apresenta três estratégias centrais: defesa, capacitação e mediação. Propõe ainda cinco áreas de ação prioritárias: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A Carta apela à cooperação intersectorial, ao envolvimento ativo das comunidades e ao compromisso político para alcançar melhores níveis de saúde e equidade. A Carta de Ottawa, marcou o início de um modelo colaborativo nos cuidados de saúde, ao reconhecer que o utente, a família e a comunidade são parceiros essenciais no processo de decisão, trabalhando lado a lado com os profissionais de saúde na promoção do bem-estar.

Em 2004, o Ministério da Saúde apresentou o Plano Nacional de Saúde, concebido como um conjunto de estratégias destinadas a promover ganhos em saúde. Este plano definiu prioridades, bem como os instrumentos e mecanismos necessários para alcançar objetivos que permitissem concretizar a estratégia nacional para a saúde. O Plano Nacional de Saúde constituiu o guia de ação para 2004–2010, estruturado a partir das prioridades definidas nos programas de saúde. Focado na prevenção das doenças nas vertentes primária, secundária e terciária, assentava nos valores da universalidade, equidade e solidariedade. Entre os seus princípios destacavam-se a sustentabilidade e a continuidade, orientando uma gestão da mudança centrada no cidadão e na capacitação do sistema de saúde para a inovação e reorientação dos cuidados.

A visão para os cuidados de saúde primários enfatizava a organização em unidades de saúde capazes de garantir acessibilidade e continuidade assistencial. Entre as principais estratégias sobressaíam a centralidade do cidadão e uma abordagem orientada para a família e para o ciclo de vida (DGS, 2004).

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 procurou assegurar a continuidade estratégica do plano anterior (2004-2010) e alinou-se com as orientações adotadas por outros países. Assentou nos valores fundamentais da universalidade, acesso a cuidados de qualidade, cidadania, equidade e solidariedade, preservando igualmente a justiça social e a solicitude. Sublinhou a importância da fundamentação técnica e científica, do contributo de consultores nacionais e internacionais e da avaliação realizada pela Organização Mundial da Saúde. No domínio da cidadania, o plano destacou o direito à proteção contra a pobreza e a exclusão, a livre associação para defesa dos interesses em saúde, a municipalização das políticas de saúde e o reforço da literacia em saúde. Enfatizou ainda a corresponsabilização dos cidadãos pelas suas escolhas, atribuindo especial relevância ao papel das famílias na promoção da saúde e na mudança de comportamentos (Alto Comissariado para a Saúde, 2010).

A revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde até 2020 tornou-se um pilar central das políticas de saúde em Portugal, alinhando-se com os princípios e orientações da estratégia Saúde 2020 da OMS para a região europeia. Este plano definiu como prioridades estratégicas o investimento na saúde ao longo do ciclo de vida, a capacitação dos cidadãos, o combate às doenças transmissíveis e não transmissíveis, e o reforço de sistemas de saúde centrados nas pessoas. Incluiu ainda o fortalecimento da resposta de saúde pública, nomeadamente ao nível da vigilância, preparação e atuação perante ameaças. O plano valorizou igualmente o desenvolvimento de comunidades resilientes e de ambientes promotores de saúde, reconhecendo a família, a comunidade e a sociedade como contextos fundamentais para potenciar o bem-estar. Defendeu que cada cidadão deve assumir um papel ativo na gestão da sua saúde, contribuindo para ganhos sustentáveis. Como metas para 2020, estabeleceu a redução da mortalidade prematura, o aumento da esperança de vida saudável e a diminuição dos fatores de risco associados às doenças não transmissíveis, com o objetivo de gerar mais valor em saúde (DGS, 2015).

O PNS 2021-2030 centra-se nos problemas de maior impacto em saúde, sem descurar aqueles que, apesar de apresentarem baixa ou nula magnitude, representam um risco potencial elevado. Assim, entre os programas prioritários incluem-se os dirigidos à redução das doenças crónicas mais prevalentes, bem como os que respondem à infeção por VIH, às hepatites virais e à tuberculose. Integram ainda este conjunto os programas dedicados à promoção de determinantes de saúde com efeito positivo, como a alimentação saudável, a atividade física e a saúde mental, e o programa de prevenção e controlo do tabagismo, dada a sua influência negativa na saúde. Inclui-se igualmente o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, que visa responder a um problema associado aos serviços de saúde e com impacto significativo na saúde das pessoas.

Paralelamente, existem programas específicos aplicados ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários, como o Programa Nacional de Vigilância da Saúde Infantil e Juvenil, o Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, o Programa de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco e o Programa Nacional de Vacinação. Estes programas têm contribuído de forma decisiva para a melhoria das condições de vida das famílias e para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil (DGS, 2022).

Paralelamente aos PNS, enquanto o Serviço Nacional de Saúde atravessava diversas transformações, também a nível internacional surgiam novos desafios para os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários,

decorrentes do reconhecimento crescente do seu papel na promoção da saúde familiar. A integração da família como foco de intervenção ganhou suporte político através do Programa Operacional Saúde XXI. Posteriormente, a Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da Organização Mundial da Saúde para a região europeia, com a aprovação da Declaração de Munique em 2000, reforçou a relevância da saúde familiar e consolidou o conceito de enfermeiro de família. Este profissional passou a ser entendido como elemento central na coordenação e desenvolvimento das intervenções comunitárias, tendo a família como núcleo privilegiado da sua prática (WHO, 2000).

Esta Declaração teve impacto na reforma do SNS, impulsionando a mais significativa transformação dos Cuidados de Saúde Primários iniciada em 2005, com a criação da Missão para os CSP, responsável por coordenar a reorganização dos Centros de Saúde e a implementação das USF. A reforma visava melhorar a qualidade dos cuidados, reforçando a acessibilidade, a proximidade e a eficácia da resposta, promovendo simultaneamente maior satisfação de utentes e profissionais. Pretendia ainda valorizar as boas práticas e criar melhores condições de trabalho para as equipas de saúde.

Neste contexto, em 2007, foram criadas as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF), concebidas como pequenas unidades operacionais dos Centros de Saúde, dotadas de autonomia organizativa, técnica e funcional. As USF contratualizam uma carteira básica de serviços e são avaliadas através de indicadores de desempenho. Consoante o modelo organizacional A, B ou C pode existir um sistema retributivo associado à produtividade, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados. A distinção entre estes três modelos reside essencialmente no regime de incentivos aos profissionais, no grau de autonomia organizacional e no modelo de financiamento, bem como no respetivo enquadramento jurídico (Decreto-Lei n.º 298/2007).

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, determinou a criação de novas Unidades Locais de Saúde (ULS) como entidades públicas empresariais, integrando hospitais, centros hospitalares e ACES num único modelo organizacional. O objetivo central é reforçar a integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, garantindo maior continuidade, proximidade e eficiência na prestação de cuidados. Os objetivos principais das ULS são concretizar o direito à proteção da saúde, previsto na Constituição, promover a articulação entre níveis de cuidados, assegurando que cada pessoa recebe o tipo de cuidados mais adequado às suas necessidades, reforçar os cuidados de saúde primários como base do sistema, aumentando autonomia e capacidade de resposta e melhorar o acesso, a eficiência e a qualidade dos cuidados, respondendo ao envelhecimento populacional, à carga de doença e às expectativas crescentes dos cidadãos.

A primeira referência legal ao Enfermeiro de Família surgiu com a regulamentação das USF no Decreto-Lei nº 298/2007, que veio consagrar a prática do Enfermeiro de Família, ao ser atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

Em setembro de 2010, a Ordem dos Enfermeiros aprovou por unanimidade a matriz de competências específicas da Especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar. O Regulamento n.º 126/2011 (OE, 2011b) veio definir formalmente o perfil de competências do Enfermeiro Especialista nesta área. Segundo este regulamento, o foco dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar incide sobre as dinâmicas internas da família, as suas relações, a estrutura e o funcionamento familiar, bem como a forma como os diferentes subsistemas interagem entre si, com o todo familiar e com o contexto envolvente. Estas interações influenciam os processos intrafamiliares e moldam a forma como a família responde às mudanças e ao ambiente que a rodeia.

O Regulamento n.º 367/2015, publicado a 29 de junho, definiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. De acordo com este regulamento, os enfermeiros especialistas têm como missão cuidar da família enquanto unidade, promovendo a sua capacitação face às exigências do desenvolvimento familiar. Devem intervir tanto na família como um todo, como nos seus membros individualmente, ajustando os cuidados às diferentes fases do ciclo vital e atuando nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

Compete-lhes ainda identificar precocemente determinantes de saúde com impacto na família, reconhecer o sistema familiar como promotor de saúde, funcionar como elo entre a família e outros profissionais e recursos da comunidade, e estabelecer uma relação de parceria que facilite a mobilização de recursos para promover autonomia, manutenção e recuperação nos processos de saúde/doença. São igualmente mediadores das políticas de saúde dirigidas à família.

O regulamento apresenta também os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, clarificando o papel do enfermeiro perante os clientes, os restantes profissionais, a população e os decisores políticos. Estes enunciados organizam-se em seis categorias: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolve a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, centrando-se nas forças e potencialidades da pessoa, da família e da comunidade, em vez de se focar apenas nas doenças ou problemas. A família é assumida como unidade central de cuidados, valorizando-se a relação complexa entre a saúde de cada um dos seus membros e a saúde familiar no seu conjunto, bem como as interações entre os diferentes subsistemas familiares, e o contexto envolvente. Aplica conhecimentos que lhe permitem avaliar a família como uma unidade, considerando as suas dimensões sociais, biológicas, psicológicas, espirituais e culturais. Detém um conjunto de saberes, capacidades e competências que lhe possibilita estabelecer uma relação terapêutica capaz de revelar os significados e sentidos que as famílias atribuem aos seus processos de saúde-doença, orientando o juízo clínico e a tomada de decisão partilhada. Integrado numa equipa multidisciplinar, contribui para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2012b).

1.1- Caracterização Do Local De Estágio

Os Ensinos Clínicos I, II e III decorreram na USF [REDACTED] e no seu polo de [REDACTED].

A USF está integrada na ULS [REDACTED] que iniciou o seu funcionamento no dia 1 de janeiro de 2024. A ULS é dirigida por um conselho de administração constituída por um Presidente, Diretor Clínico Área Hospitalar, Diretor Clínico Área CSP, um Enfermeiro Diretor e um Vogal Executivo Área Financeira.

De acordo com os dados de recenseamento da população, em 2021, a população residente na área geográfica de influência da ULS é de 235.231 residentes, distribuídos por aproximadamente 1.348 km². Integra os concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral, Peniche (ACES Oeste Norte), Lourinhã, Cadaval, Torres Vedras, Sobral Monte Agraço (ACES Oeste Sul). A ULS congrega numa única identidade o Centro Hospitalar do Oeste (CHO), o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Oeste Norte e o Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Sul. O ACES Oeste Norte é atualmente constituído por várias unidades funcionais: 4 USF, 4 UCSP, 2 UCC, 1CDP e 1 USP.

Como se pode observar na pirâmide etária da Figura 1 , estão atualmente inscritos nos CSP da ULS 120.122 utentes do sexo masculino e 130.450 do sexo feminino. Em que 53,85% dos utentes tem médico de família, 46,06% dos utentes não tem médico de família e 0,09% dos utentes não tem médico de família por opção (BI ULCO CSP, 2025).

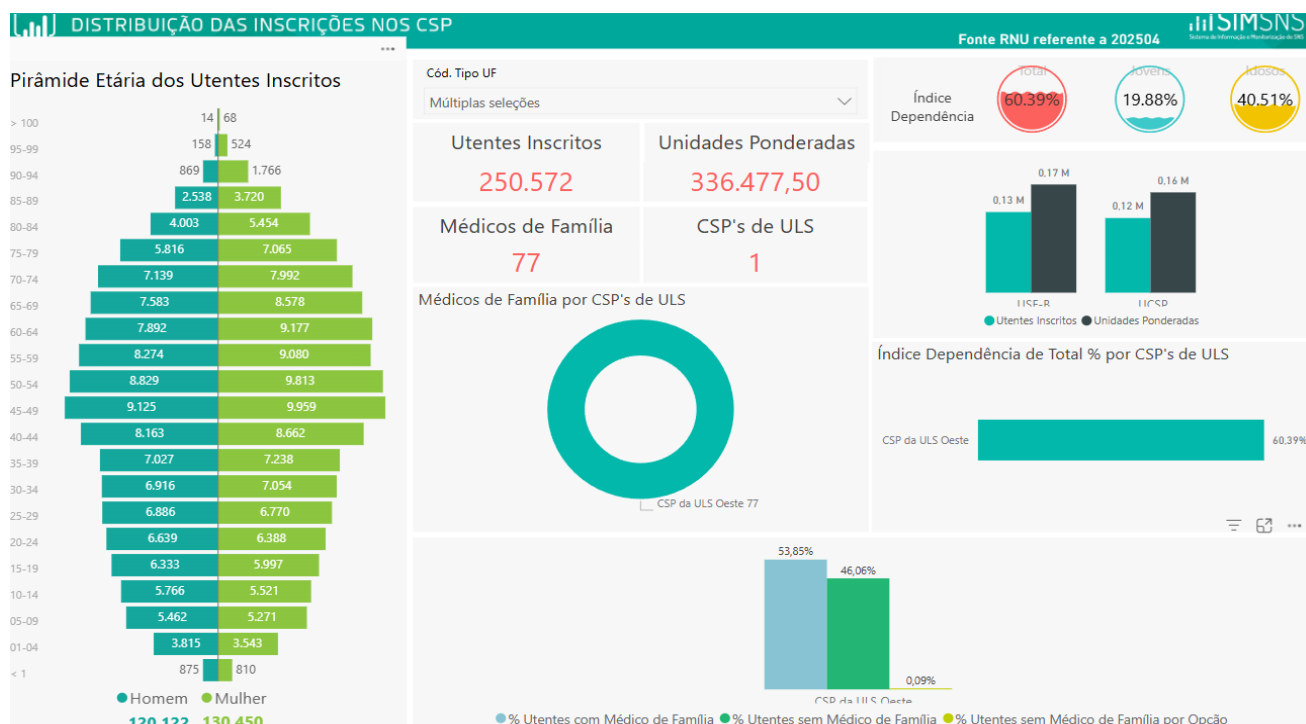


Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes inscritos nos CSP ULS

Fonte: BI CSP, 2025

A USF é uma unidade com autonomia organizativa, técnica e funcional, para prestar cuidados de saúde aos utentes nela inscritos. Iniciou a sua atividade em 03 de Maio de 2010 e passou a USF de Modelo B em 27 de junho de 2013. No que diz respeito ao sistema remuneratório é uma unidade de Modelo B, mais exigente do ponto de vista de compromisso com a comunidade, mas que compensa o esforço acrescido e premeia o desempenho.

Segundo o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, as USF são unidades elementares funcionais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, onde trabalham equipas multiprofissionais de médicos, enfermeiros e pessoal administrativo e têm como objetivos prestar cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica.

O logótipo da USF, foi atualizado em 2025, inclui a denominação da Unidade e usa a imagem de Rafael Bordalo Pinheiro, que identifica a Unidade, assim como a cidade onde esta está inserida.



Figura 2 – Logótipo da USF

Fonte: Manual de acolhimento USF RBP, 2025

A USF é composta por uma sede e dois polos . A sede situa-se na Rua do Centro de Saúde nº1, no edifício do Centro de Saúde de Caldas da Rainha. Um dos polos está situado na antiga Extensão de Vidais do Centro de Saúde de Caldas da Rainha e o outro polo, situado na antiga Extensão de Saúde do Centro de Saúde de Óbidos. Desta forma, a área geográfica de atuação da USF engloba as freguesias urbanas da cidade (Nossa Senhora do Pópulo e Santo Onofre) e as freguesias circundantes à cidade (A dos Francos, Alvorninha, Carvalhal Benfeito, Coto, Foz do Arelho, Landal, Nadadouro, Salir de Matos, Salir do Porto, Santa Catarina, São Gregório, Serra do Bouro, Tornada e Vidais). O Polo onde foi realizado o estágio insere-se no concelho de Óbidos, pelo que esta unidade contempla na sua área de abrangência as freguesias deste concelho (A dos Negros, Amoreira, Gaeiras, Olho Marinho, Santa Maria, São Pedro, Sobral da Lagoa, Usseira e Vau).

Segundo dados relativos ao BI CSP, de abril de 2025, a USF, tem 16.297 utentes inscritos, correspondentes a 22.051,50 unidades ponderadas, sendo que 7.674 utentes são do sexo masculino e 8.623 utentes são do sexo feminino.

Analisando a pirâmide etária da população inscrita na USF na figura 3, observa-se uma base estreita, o que traduz uma baixa taxa de natalidade.

Segundo a mesma verificamos que 834 utentes têm idade inferior ou igual a 6 anos. O grupo etário com maior número de utentes inscritos é o que se encontra na faixa entre os 7 e os 64 anos (11.209), entre os 65 e os 74 anos 2.087 e superior ou igual aos 75 anos 2.167 utentes.

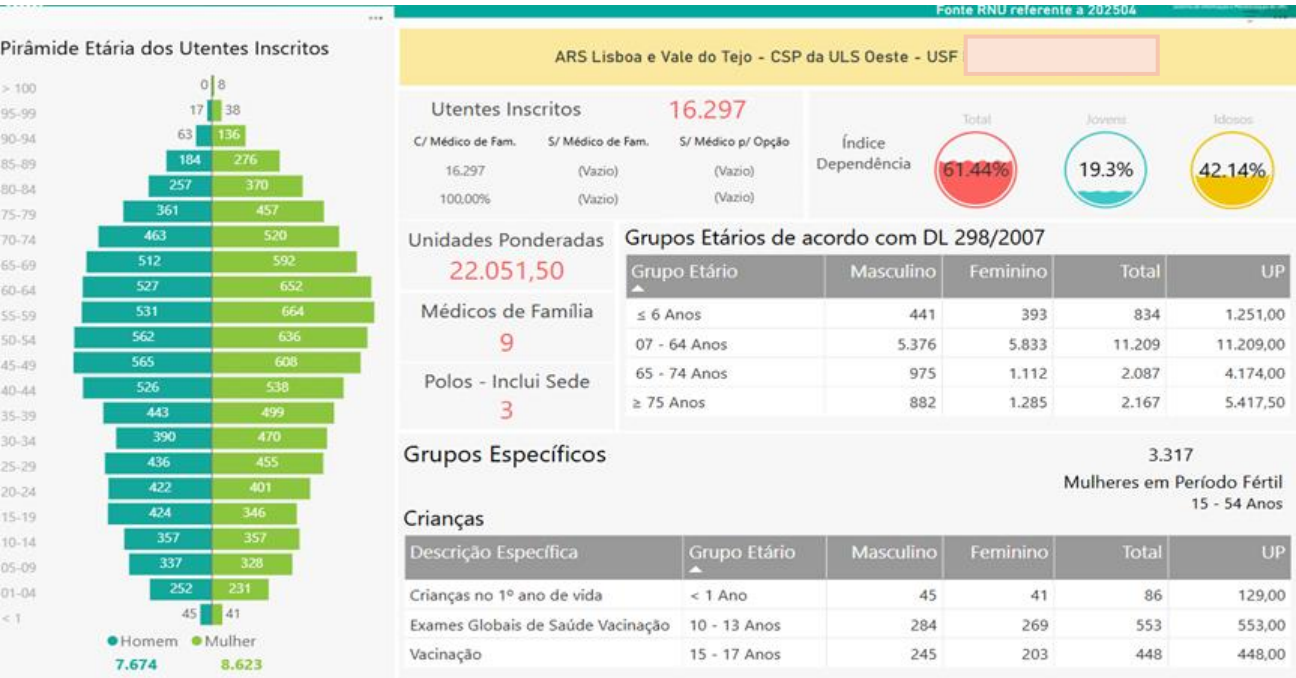


Figura 3 - Distribuição das inscrições na USF

Fonte BI CSP, abril 2025

Tem um índice de dependência de jovens (relação entre a população jovem e a população em idade ativa) de 19,3%. Um índice de dependência de idosos (relação entre a população idosa e a população em idade ativa) de 42,14%.

A sua equipa é composta por 9 Médicos, 9 Enfermeiros e 7 Secretários Clínicos, contando com a colaboração de 2 Assistentes Operacionais, 2 funcionárias da empresa de limpeza e 1 vigilante.

A sua estrutura orgânica é constituída pelo Conselho Geral, Coordenador da equipa e Conselho Técnico (Decreto de Lei 298/2007, art. 11º), conforme representada na figura 4.

“O Coordenador é eleito pelo Conselho Geral, e o Conselho Técnico eleito pelos inter pares, que se assume como um órgão com responsabilidades técnico-científicas. Todos estes elementos tem as suas competências definidas em Decreto-lei e no Regulamento Interno da USF.”(USF RBP, 2025, p: 7)

Esta forma de organização permite manter um relacionamento saudável entre todos os elementos da equipa e funcionamento de excelência da USF, em que todos os seus elementos têm direito a voto nos variados assuntos relacionados com a USF, em Conselho Geral.

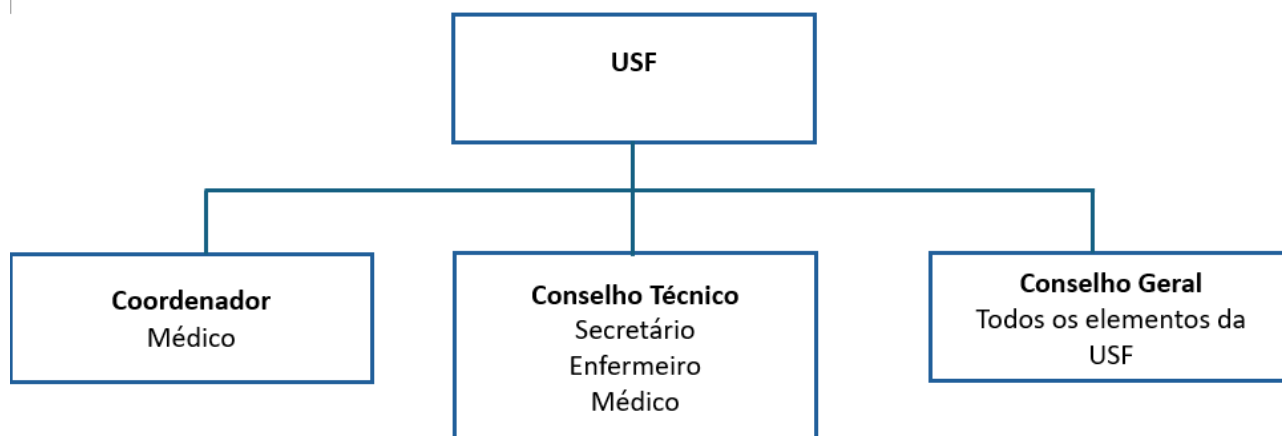


Figura 4 - Estrutura Funcional da USF

Fonte: Manual de acolhimento USF, 2025

Os profissionais da USF são distribuídos por equipes nucleares ou micro equipes por listas de utentes, e a cada utente é atribuído um Médico, um Enfermeiro de Família e um Secretário Clínico, sendo preferencialmente os cuidados prestados pela equipe ao utente. Está preconizada a intersubstituição de elementos, para que os cuidados ao utente e famílias nunca sejam prejudicados.

A USF constitui núcleos facilitadores, atribuídos a diferentes elementos da equipa de saúde, responsáveis por processos chave, como a Consulta Aberta, Visitação Domiciliária, Saúde Materna, Saúde Infantil, Diabetes, Hipertensão entre outros. Cabe aos núcleos a realização de procedimentos de atuação nas áreas atribuídas, atividades de promoção e educação para a saúde, auditorias internas, bem como, a monitorização periódica do desempenho de cada processo. (USF RBP, 2025)

A sua missão é a “prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica dos concelhos de Caldas da Rainha e Óbidos, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.” (USF RBP, 2021, p: 11)

Relativamente à visão, pretende ser uma USF de referência no que respeita à “satisfação dos utentes e dos profissionais que a integram, promovendo a qualidade, eficácia e efetividade na prestação dos cuidados de saúde.” (USF RBP, 2021, p: 11) Os valores que norteiam esta USF são a Autonomia, Competência, Ética, Respeito, Solidariedade, Democracia e o Compromisso.

Em termos de oferta de serviços e carteira básica, a USF, assegura a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, aos seus utentes, através de consultas programadas, agendadas por iniciativa do utente ou da equipa de saúde, nomeadamente Saúde do Adulto, Saúde infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar/ Rastreio Oncológico, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e Visitação Domiciliária. Os critérios definidos para a Visitação Domiciliária devem incluir utentes com limitação acentuada da mobilidade, permanente ou temporária, que impeça a deslocação à USF e apenas para residentes na área de abrangência.(USF RBP, 2025) São ainda asseguradas Consultas Abertas, agendadas no próprio dia, para

situações agudas ou de descompensação de doença crónica. A Consulta Não Presencial, cujo objetivo, será a renovação de receituário, tratamentos crónicos ou emissão de relatórios, havendo um prazo de 72h para emissão dos documentos e ter havido uma consulta presencial nos últimos 6 meses. Relativamente às Consultas e tratamentos de Enfermagem estes devem ser marcados com a maior brevidade possível e sempre que for possível será atendido pelo seu Enfermeiro de Família.

O agendamento de consultas Médicas e de Enfermagem pode ser realizado durante todo o horário de funcionamento da unidade presencialmente, por telefone ou ainda por via digital, através do email da unidade. A Vacinação é assegurada durante todo o período de funcionamento da unidade mediante agendamento prévio. Atualmente a USF não tem carteira adicional de serviços.

Os profissionais desta unidade, comprometem-se a colaborar, acolher e proporcionar formação a estudantes das licenciaturas e mestrados de Enfermagem, assim como, a internos de Formação em Medicina Geral e Familiar, Internos do Ano Comum e Estudantes de Medicina.

Em termos de estrutura física, o edifício Sede onde se insere a USF é constituída por uma cave, rés do chão e primeiro piso, que abarca outras unidades. O espaço exterior do edifício Sede onde se insere a USF, apresenta um parque de estacionamento e algumas áreas de jardim. A USF encontra-se no piso térreo, encontra-se organizado em 9 gabinetes médicos 2 gabinetes de consulta Abertas, um deles com uma antecâmara que funciona como gabinete de enfermagem onde se encontra o carro de emergência e uma garrafa de oxigénio medicinal portátil. Existem 7 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete administrativo, 3 salas de espera, 1 casa de banho para os funcionários, 1 vestiário, 1 refeitório. Os gabinetes de enfermagem e médicos estão equipados com secretária, computador, cadeiras, telefone, marquesa, armários e material clínico e de enfermagem consoante a especificidade da consulta realizada. No gabinete de enfermagem de vacinação encontra-se o frigorífico para acondicionamento das vacinas. A sala de reuniões é situada no primeiro piso do edifício sede e é usado por todas as unidades inseridas na sede. Na cave encontra-se o aprovisionamento, onde é armazenado o material de consumo clínico e medicamentos, estando este equipado com sistema de controlo de temperatura e humidade para um correto acondicionamento de material. O armazenamento de medicamentos segue o procedimento da UOFF relativamente ao armazenamento de Medicamentos nas salas de tratamentos, estando afixada a lista de medicamentos MAM e LASA existentes e respetiva identificação, bem como dos produtos inflamáveis.

No dia 16 de maio 2025 as instalações do edifício sede foram encerradas para obras de requalificação, tendo sido alocadas provisoriamente todas as unidades do edifício nas antigas instalações do Externato Ramalho Ortigão, na Rua Mestre Mateus Fernandes nas Caldas da Rainha.

Relativamente a indicadores o IDG é uma métrica, utilizada para avaliar a qualidade, desempenho e eficiência dos cuidados prestados pela USF, este índice funciona como uma ferramenta de monitorização que permite identificar áreas de sucesso e pontos que necessitam de intervenção para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados à população. A USF compromete-se a cumprir vários indicadores, definidos “na contratualização anual (contratualização interna), sendo que a ULSO contratualiza também com a Direção Executiva do SNS (contratualização externa). Da reunião de contratualização resulta uma carta de compromisso, assinada pelo Diretor Clínico da área dos CSP e pelo Coordenador da USF (USF RBP, 2025, p.5).

O IDG é uma grelha que permite avaliar a qualidade organizacional em CSP e é composto por cinco áreas (Desempenho Assistencial; Serviços; Qualidade Organizacional; Formação; e Atividade Científica).

Ao somar todos os indicadores de cada área obtém-se o IDG. Em março de 2025, o IDG da USF foi de 81.4 um valor muito satisfatório, visto que em outubro de 2024 o valor do IDG foi de 62.5. O desempenho do Enfermeiro de Família, na prestação de cuidados de saúde é de extrema importância e tem impacto no cálculo do IDG da unidade.

Relativamente ao IDS, o indicador divide-se em subáreas Acesso, Gestão da Saúde, Gestão da Doença e Qualificação da Prescrição. A subárea Acesso tem indicadores relativos à consulta no próprio dia, distribuição das consultas presenciais no dia, tempos máximos de resposta garantidos entre outros. Na subárea Gestão da Saúde os indicadores são relativos a consultas de vigilância como a Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso, na Gestão da Doença temos indicadores relacionados com a Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Doenças do Aparelho Respiratório e por último, na subárea da Qualificação da Prescrição os indicadores são relativos à prescrição de meios de diagnóstico e terapêutica e prescrição farmacoterapêutica.

Na tabela 1 relativa ao IDS, constata-se que este índice subiu substancialmente na área de desempenho assistencial (Acesso, Gestão da Doença, Gestão da Saúde e Qualificação da Prescrição), quando comparado aos valores obtidos no ano anterior, (de 76,9 para 79,3), na subárea Acesso (de 90 para 90,5), na subárea da Gestão da Saúde (de 88,4 para 92,4) e na subárea de Gestão da Doença em que o valor do IDS desceu ligeiramente (de 68,2 para 64). Uma equipa composta por profissionais com experiências e competências diversificadas pode, através da partilha de conhecimentos e da cooperação interdisciplinar, oferecer cuidados diferenciados às famílias com necessidades variadas, promovendo a sua capacitação e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde. A qualidade dos serviços de saúde e, especificamente, a qualidade dos cuidados de enfermagem, deverá ser uma responsabilidade crescente que implica mudanças e representa um desafio para todos. Destaca-se que a Unidade, na subárea de Acesso, conseguiu obter um valor elevado (90,5), garantindo sempre a dimensão “Consulta no Próprio Dia” (100) e um alto índice no valor da dimensão de “Tempos Máximos de Respostas Garantidos” (100). Nesta mesma subárea de Acesso, manteve-se o índice da dimensão da “Distribuição das Consultas Presenciais no Dia”, de 50, relativamente ao ano anterior. Relativamente à subárea de Gestão de Saúde, todos os valores subiram em relação ao ano anterior, dos quais se destaca a dimensão “Saúde da Mulher” cujo valor passou de 97,2 para 100, a dimensão “Saúde do Idoso” cujo valor subiu substancialmente, relativamente ao ano anterior (de 56,5 para 69,7).

Área	Valor IDS
Desempenho Assistencial	79,3
Acesso	90,50
Cobertura ou Utilização	75,50
Consulta no Próprio dia	100,00
Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	50,00
Personalização	98,90
Tempos máximos de Resposta Garantidos	100,00
Gestão da doença	64,00
Diabetes Mellitus	71,50
Doenças Aparelho Respiratório	90,30
Hipertensão Arterial	50,00
Multimorbilidade e outros Tipos de Doenças	44,00
Gestão da Saúde	92,40
Saúde da Mulher	100,00
Saúde do Adulto	100,00
Saúde do Idoso	69,70
Saúde Infantil e Juvenil	100,00
Qualificação da Prescrição	68,00
Prescrição Farmacoterapêutica	71,80
Prescrição de MCDT	61,80

Tabela 1 - Valor do IDS da USF, relativos a junho 2025

Fonte BI CSP, junho 2025

1.2- Polo Assistencial / Caracterização Dos Utentes Do Ficheiro Do Enfermeiro De Família

A freguesia de Gaeiras tem uma área geográfica de 10,31 km² pertencente ao município de Óbidos e segundo os Censos de 2021 tem 2363 habitantes.

O Polo situa-se na Rua [REDACTED], num edifício que possui boas condições para o acolhimento e prestação de cuidados, apresentando dois gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, um gabinete de Planeamento Familiar e de Saúde Infantil, um balcão de atendimento, uma sala de espera, uma copa e duas casas de banho para funcionários e utentes, uma sala de arrumos e ainda um anexo externo para colocação de lixo contaminado e comum que é recolhido pelos Serviços de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH). Todos os espaços se encontram devidamente equipados com o equipamento clínico e administrativo necessário ao normal funcionamento desta unidade.

Em termos de acessibilidades externas o polo possui uma rampa de acesso para utentes com mobilidade reduzida e um pequeno parque de estacionamento gratuito. Face aos transportes para os utentes que vivem em áreas mais afastadas do polo, tais como em Sobral da Lagoa têm de se deslocar em carro próprio por não haver transportes públicos.

O horário de funcionamento, é de segunda a sexta-feira, à segunda das 8h00 às 13h00/13h30 às 18h00, terças das 8h00 às 13h00/13h30 às 16h00, quartas das 10h00 às 13h00, quinta das 9h30 às 11h30 e sexta-feira das 9h30 às 13h00 e das 13h30 às 16h00.

São efetuadas no polo todas as consultas de vigilância de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde de adultos, cuidados de Enfermagem a utentes com alterações de integridade cutânea, com exceção da vacinação por ausência de frigorífico para acondicionamento de vacinas.

Nos restantes períodos os utentes inscritos neste polo podem ser atendidos na sede da USF Rafael Bordalo Pinheiro. Existe a garantia de atendimento ao longo de todo o período de funcionamento da USF, pelo que podem ter consultas na sede da USF tanto em situações agendadas e de vigilância, como em consulta não programada ou de doença aguda.

A equipa do Polo é constituída por um Médico, um Enfermeiro e um Secretário Clínico.

O Polo tem 1818 utentes inscritos, dos quais 887 utentes são do sexo masculino e 931 utentes são do sexo feminino. O ficheiro é constituído por 142 utentes com idade inferior ou igual a 9 anos, 1237 utentes com idade entre os 10 e os 64 anos, 226 utentes com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos e por fim 213 utentes com idade igual ou superior aos 75 anos. Em idade fértil existem 443 mulheres. (BI CSP, 2024)

De acordo com informações obtidas no MIM@UF, o ficheiro referente ao Polo contém um total de 744 famílias.

Segundo Tese Final de Mestrado da Especialidade em Medicina Geral e Familiar realizada pelo Drº António Barbosa Santos De Aguiar Pereira, realizada em setembro de 2024, foi realizado um estudo para caracterização da tipologia de famílias pertencentes ao ficheiro, tendo sido tido em conta uma amostra representativa de 717 famílias, cujo critério de seleção foi o número de ficheiro dos utentes (NOP). Desta análise observou-se um predomínio de famílias nucleares cerca de 294 famílias, seguidas de 194 famílias unitárias constituída por uma única pessoa. Nas famílias unitárias verificou-se que a maioria eram idosos. Registaram-se 115 famílias monoparentais, 75 famílias alargadas, 33 famílias reconstruídas e 6 famílias de outras tipologias.

A grande maioria dos utentes inscritos no ficheiro são acompanhados em vigilância de saúde e/ou doença em pelo menos um programa de vigilância. A distribuição de utentes por programa de vigilância encontra-se apresentada na tabela 2.

Programa de vigilância	Diabetes Melitus	Hipertensão arterial	Planeamento Familiar	Rastreios Oncológicos	Saúde Infantil e Juvenil	Saúde Materna
Número de utentes	182	468	479	1052	306	8

Tabela 2 : Distribuição de utentes por programa de vigilância utentes em junho 2025

Fonte: MIM@UF

Pela análise da tabela anterior, podemos verificar que, no ficheiro de utentes, o peso da vigilância em saúde de doenças crónicas é elevado. Dos 1818 utentes inscritos, 182 utentes são vigiados em consulta de diabetes e 468 utentes em consulta de Hipertensão. Por outro lado, o número de crianças e de grávidas seguidas em programa de vigilância de saúde pelos enfermeiros é reduzido, 306 utentes são vigiados em consulta de saúde infantil/juvenil, e 8 mulheres em consulta de saúde materna. Verifica-se a participação de 1052 utentes nos programas de rastreio oncológico, abrangendo o cancro do colo do útero, colorretal e da mama. Adicionalmente, 479 utentes realizam consultas regulares de acompanhamento em Planeamento Familiar.

Os problemas de saúde mais frequentes do ficheiro de utentes do polo assistencial encontram-se representado na tabela 3.

ICPC		Métrica	Qtd Problemas	TOP
T93	ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS		730	1
T83	EXCESSO DE PESO		658	2
T82	OBESIDADE		442	3
P17	ABUSO DO TABACO		263	4
U99	OUTRAS DOENÇAS URINÁRIAS		262	5
K87	HIPERTENSÃO COM COMPLICAÇÕES		261	6
P76	PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS		242	7
K86	HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES		203	8
P74	DISTÚRBIO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE		188	9
T90	DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE		171	10
F91	ERRO DE REFRACÇÃO		169	11
L86	SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES		169	11
P06	PERTURBAÇÃO DO SONO		168	13
K95	VEIAS VARICOSAS DA PERNA		161	14
R97	RINITE ALÉRGICA		151	15
L87	BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE		136	16
L92	SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO		116	17
Y85	HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA		107	18
W11	CONTRACEPÇÃO ORAL		103	19
D82	DOENÇAS DOS DENTES / GENGIVAS		99	20

Tabela 3: Problemas de saúde mais frequentes no ficheiro de utentes USF, relativos a junho 2025

Fonte: BI CSP

Vários dos problemas de saúde mais frequentemente identificados no ficheiro estão associados ao estilo de vida e hábitos da população. A maioria dos problemas constituem fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Estes fatores podem ser modificados através da adoção de hábitos de vida saudáveis, destacando a importância da intervenção da equipa de saúde familiar junto das famílias, promovendo uma alimentação equilibrada e saudável, incentivando à prática de exercício físico regular, prevenindo consumos nocivos e controlando doenças crónicas como hipertensão, diabetes e alteração dos lípidos, através de educação para a saúde desde tenra idade em consultas de vigilância infantil.

2- Fundamentação Teórica

A fundamentação teórica constitui a base conceitual que orienta todo o processo de investigação, consiste na pesquisa e seleção da leitura de textos, artigos, livros e de todo o material pertinente da área ou do assunto que se pretende investigar. É através dela que o investigador identifica, organiza e articula os conhecimentos existentes sobre o fenómeno em estudo. Tem como objetivo permitir uma compreensão mais aprofundada sobre o tema bem como a sua contextualização (Fortin, 2009).

2.1- Família, Saúde Familiar E Enfermeiro Especialista Em Saúde Familiar

As mudanças na sociedade, ao longo do tempo resultaram em novos tipos de estrutura e organização familiar, influenciando o conceito de família. Atualmente existem muitas definições de família, não existindo nenhuma definição universal. Segundo Relvas (1996) a família é vista como um todo, formada por todos os seus elementos e a sua relação com o meio envolvente, o que a torna única. Deve ser entendida como um sistema complexo, que só poderá ser compreendido numa perspetiva holística. Portanto, a abordagem à família deve considerar o seu contexto e ir além das definições tradicionais de consanguinidade e afinidade. O paradigma sistémico é útil para compreender a complexidade do sistema familiar (Figueiredo, 2009). Numa perspetiva sistémica, a família é constituída por subsistemas, ligados de forma hierarquicamente organizados, possui limites entre subsistemas e detém as mesmas características que os sistemas abertos, como totalidade, equifinalidade, retroação e auto-organização (Alarcão, 2000).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a família é um grupo de pessoas considerado uma unidade social ou um coletivo, formado por membros unidos por laços sanguíneos, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo aqueles que são importantes para o cliente. A família, enquanto unidade social, representa mais do que apenas indivíduos e suas relações biológicas, emocionais ou legais; integra também pessoas significativas para o cliente que fazem parte deste grupo.

Martins et al., (2012) descrevem que é na família, independentemente do tipo de família que seja, que as pessoas crescem; desenvolvem-se física, psicológica e socialmente; obtêm um sentido de si e de coletividade enquanto unidade cultural familiar; criam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital.

Nas últimas décadas, a família passou a ser considerada um recurso para a saúde dos seus membros, tornando-se o foco dos cuidados, são vistas como espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa, onde encontramos a possibilidade de ver a saúde da família para lá do espaço da ausência de doença, coletiva ou individual (Figueiredo, Martins, 2010; Figueiredo, 2023).

Neste sentido, para a compreensão da família como unidade, é essencial a sua conceptualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a historicidade de família, quanto o contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009). Ainda na opinião da mesma autora, a compreensão da estrutura familiar e dos seus processos de desenvolvimento e funcionamento serão a chave para direcionar os cuidados para a capacitação das famílias para entender os desafios e especificidades do seu ciclo vital (Figueiredo,2012).

Segundo Figueiredo (2023), contextualizar a prática de enfermagem familiar em Portugal constitui um desafio que pressupõe percorrer o passado para que permaneça na memória com valor histórico, entender o presente e fundamentar o futuro e a consciência de uma identidade profissional.

A saúde familiar refere-se ao estado de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da família enquanto unidade sistémica, resultante das interações entre os seus membros e da relação com a comunidade e o contexto sociocultural (Hanson, 2005).

Segundo Figueiredo (2012), a saúde familiar entendida como um estado subjetivo, depende de várias características que contribuem para aumentar o potencial de bem-estar da família. Essa visão considera os processos transacionais multidimensionais, num contexto ecossistémico, influenciados pela adaptação às mudanças que ocorrem durante transições normativas ou acidentais. A funcionalidade familiar depende da capacidade do sistema em adaptar-se, manter sua organização, responder às necessidades individuais e promover mudanças estruturais. A saúde individual e o funcionamento da família influenciam-se mutuamente, destacando a reciprocidade nas práticas de saúde. Esse equilíbrio dinâmico favorece a co-evolução e otimiza o bem-estar físico, psicológico, espiritual, social e cultural.

A Enfermagem de Saúde Familiar coloca a família no foco dos cuidados, respondendo às suas necessidades e procurando manter a sua saúde (OE, 2015). Os cuidados de Enfermagem à família centram-se assim na relação entre o Enfermeiro e a família, acompanhando-a ao longo do ciclo vital, capacitando-a para atingir o melhor potencial de saúde. Simultaneamente, promove a proatividade da família relativamente à sua própria saúde e mostra-lhe como mobilizar recursos para dar resposta a situações mais complexas, promovendo assim a sua autonomia (Figueiredo, 2020).

Com a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários e o novo enquadramento legislativo, o foco de atuação dos enfermeiros volta-se para a família como unidade central de cuidados. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar atua como profissional de referência, assegurando o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados ao longo de todas as fases do ciclo vital aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária focalizando-se tanto na família como um todo como nos seus membros individualmente. Presta cuidados à família promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, reconhecendo o seu potencial como promotor da saúde. Atua como parceiro na gestão, promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, mobilizando recursos de forma a promover a máxima autonomia. Atua como elo entre família, profissionais e recursos comunitários, assegurando acesso igualitário à saúde (OE, 2015)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde, é um profissional integrado numa equipa multidisciplinar, assumindo a responsabilidade pelos cuidados globais de enfermagem para um conjunto específico de famílias numa área geodemográfica delimitada, abrangendo todos os processos de vida e nos diferentes contextos comunitários. Nesta perspetiva, o exercício profissional dos especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar é orientado por quadros de referências de enfermagem de saúde familiar, alinhadas à prática avançada em enfermagem de família, valorizando o sistema familiar como destinatário dos cuidados e priorizando uma abordagem colaborativa com a família. A família é considerada unidade de avaliação e intervenção, com foco nos padrões de interação que promovem o fortalecimento, aproveitando as forças, recursos e competências familiares (Figueiredo, 2009).

A Enfermagem de Saúde Familiar entendida como um campo disciplinar da enfermagem, tem vindo a adquirir, um corpo de conhecimento específicos e evidência científica que sustentam a prática dos cuidados de excelência. A mesma, tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, na investigação pela mudança de paradigma, enfatizando a família enquanto objeto de estudo (Figueiredo, 2020).

A avaliação familiar constitui uma competência fundamental para os enfermeiros que intervêm junto de famílias numa abordagem sistémica do cuidado. Esta implica a realização de uma análise aprofundada da família, integrando conhecimentos provenientes dos modelos de enfermagem, das ciências sociais e da terapia familiar (Henriques & Santos, 2019).

2.2- Modelos De Enfermagem E Os Seus Contributos Para A Enfermagem De Saúde Familiar

A enfermagem, enquanto ciência, tem vindo a desenvolver, ao longo do tempo, diversos modelos teóricos. Não existe um modelo único que seja ideal para a intervenção em enfermagem, pelo contrário, o contributo específico de cada modelo e as diferenças entre eles constituem uma mais-valia para a construção de um conhecimento abrangente, essencial à atuação dos enfermeiros em contextos diversos e junto de diferentes famílias. Vários foram os modelos teóricos e instrumentos de avaliação e intervenção familiar que fundamentaram os cuidados de enfermagem prestados ao longo dos ensinamentos clínicos.

A Teoria das transições de Afaf Meleis

É uma teoria que explica os padrões de transição, as características das experiências de transição, os contextos das transições (facilitadores e inibidores), os indicadores processuais, os indicadores de resultados esperados e a assistência de enfermagem (Meleis, et al, 2000). A Teoria das Transições identifica o enfermeiro como agente facilitador do processo de transição, pelo que facilmente se aplica na Enfermagem de Saúde Familiar na intervenção às transições normativas e às acidentais vividas pelas famílias ao longo do seu ciclo vital.

O Modelo de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar

Foi desenvolvido por McCubbin e McCubbin em 1993. Tem como objetivo analisar o potencial da família, valorizando as forças, os recursos da família e os mecanismos de coping, para lidar com situações de crise, e enfrentar situações adversas e geradoras de stress. Além disso, pretende 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 a que a estabilidade familiar seja restabelecida, promove a recuperação e capacitação da família para se adaptar à crise para que a satisfação familiar seja alcançada. Este modelo é aplicável à Enfermagem de Saúde Familiar, pois fornece diretrizes para que os profissionais avaliem as

capacidades e potencialidades familiares a serem mobilizadas ou desenvolvidas com o objetivo de gerenciar situações de crise.

O Modelo dos Processos-Chave da Resiliência Familiar

Foi desenvolvido por Walsh, e segundo Figueiredo et al.(2023) constitui um mapa conceptual que permite identificar os processos familiares que protegem as famílias em situações de risco e promovem o crescimento no seio da crise. O modelo centra-se nos recursos adaptativos da família e destaca três domínios fundamentais da resiliência familiar: o sistema de crenças, os padrões de organização familiar e os processos de comunicação. Entre estes, o sistema de crenças assume um papel central, sendo considerado o núcleo do funcionamento familiar e o elemento que confere coerência às experiências vividas. Este sistema permite que os membros da família atribuam significado às situações de adversidade, facilitando a adaptação, a superação da crise e o fortalecimento familiar. Os padrões organizacionais correspondem às diferentes formas das famílias estruturarem a sua vida e mobilizarem recursos de forma a responderem eficazmente às tarefas solicitadas de modo a promoverem o crescimento e bem estar dos seus membros. Quanto aos processos de comunicação, são centrais na resiliência familiar, pois promovem clareza, abertura e partilha emocional, facilitando a expressão e validação das experiências individuais, a construção de significados partilhados e a resolução colaborativa de problemas, elementos essenciais para a adaptação e o fortalecimento da família em contextos de crise. Este modelo é fundamental para os Enfermeiros de Saúde Familiar, pois permite identificar e mobilizar os recursos e forças das famílias em contextos de crise, orientando intervenções centradas na família que promovem a adaptação, o bem-estar e sustentam a resiliência.

Modelo de Calgary de avaliação familiar (MCAF) e modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF)

Modelo desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey e é o modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros como modelo interventivo na área da saúde familiar e tem sido adotado e ensinado em vários países do mundo e foi um dos quatro modelos identificados pelo International Council Of Nurses como modelo de referência no mundo para avaliação familiar (Wright & Leahey, 2012). Centra-se na interação entre todos os membros da família permitindo conhecer a dinâmica familiar bem como identificar as suas necessidades. O modelo assenta em três categorias principais para a avaliação familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional (Wright & Leahey, 2012) que, por sua vez, se encontram divididas em subcategorias.

Na avaliação estrutural pretende-se saber quem faz parte da família, quais os vínculos afetivos entre os seus membros e qual o contexto onde a família se insere. Esta categoria divide-se em três subcategorias: a interna (avalia a composição da família e as características dos seus membros e utiliza-se como instrumento de avaliação o genograma); a externa (avalia as interações da família nos sistemas mais amplos, a comunidade, a família alargada, bem como as comunicações internas entre os membros da família e recorre-se ao instrumento de avaliação ecomapa) e ao contexto (avalia as características etnia, raça, classe social, ambiente e religião e espiritualidade relativamente à família).

Na avaliação do desenvolvimento efetua-se o estudo do ciclo vital da família, ou seja, refere-se a todos processos de crescimento do sistema familiar, tendo em conta a transformação progressiva da história familiar durante as fases do seu ciclo de vida, desde o nascimento até à morte. Esta categoria encontra-se dividida em três subcategorias: as etapas, as tarefas e os vínculos familiares.

A avaliação funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem. Esta categoria é constituída por a subcategoria instrumental da família (relacionada com as atividades de vida diárias e permite determinar a capacidade da família em responder às suas necessidades) e a subcategoria expressiva (relacionada com a comunicação e a interação entre os seus membros).

Para complementar o MCAF surge o modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF), com o intuito de orientar a intervenção na família.

O MCIF é um modelo organizado que concetualiza a entre o enfermeiro e as famílias de forma a promover o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental para promover a saúde da família e dos seus membros.

O modelo descrito é colaborativo, valorizando tanto a experiência dos enfermeiros como a dos membros da família. Baseia-se no pensamento sistémico e nas práticas da terapia familiar, orientando-se para intervenções de enfermagem que visam promover, melhorar e apoiar o funcionamento da família. O objetivo central é ajudar a família a encontrar soluções alternativas que reduzam e aliviem o sofrimento dos seus membros.

Durante o ensino clínico na USF foi proposta a aplicação do MCAF para a avaliação de uma família e que se encontra no APÊNDICE I.

Modelo de Relação Pessoa a Pessoa de Travelbee

Joyce Travelbee era enfermeira psiquiatra e fundou o “Modelo de relação Pessoa a Pessoa”, influenciada por Vitor Frankl, baseou os pressupostos da sua teoria nos conceitos da logoterapia, na qual o doente é realmente confrontado com e reorientado para o sentido da sua vida (Tomey & Alligood, 2004).

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). Travelbee afirmou que a descoberta de um sentido para a doença e para o sofrimento permite ao doente não só aceitar a doença, mas usá-la também como uma experiência de auto-realização, sendo da responsabilidade do enfermeiro auxiliar na sua descoberta. A percepção por parte de um indivíduo doente de que a sua doença não tem sentido conduz à não aceitação da doença e a um sentimento de desespero.

O Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa baseia-se em vários pressupostos teóricos como o propósito da enfermagem ser atingido através do estabelecimento de um relacionamento humano genuíno, baseado na empatia, respeito e comunicação, tendo que os papeis do enfermeiro e do doente terem de ser transcendidos para estabelecer uma relação pessoa a pessoa. Travelbee refere que todas as pessoas numa altura das suas vidas serão confrontadas com a doença e a dor(sofrimento mental, físico ou espiritual) e por fim, com a morte. A doença e o sofrimento são lutas espirituais, bem como experiências físico-emotivas e os valores éticos e espirituais do enfermeiro, ou as crenças filosóficas sobre a doença e o sofrimento, irão determinar até que ponto ele é capaz de ajudar os indivíduos e as famílias a descobrir um sentido nestas experiências difíceis.

Na figura 5 encontra-se representado as fases do Modelo Relação Pessoa-a-Pessoa

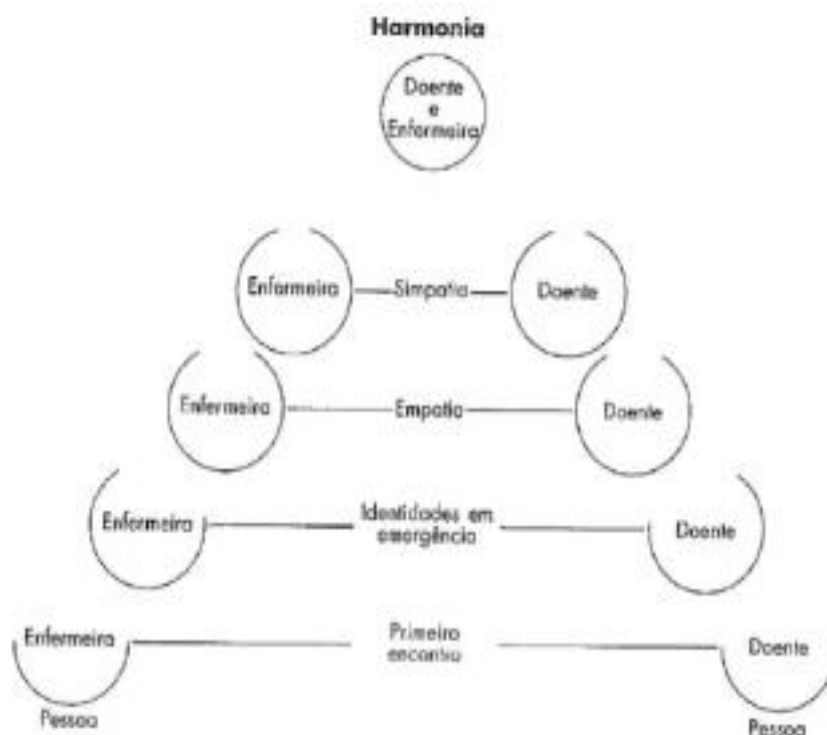


Figura 5 - Fases do Modelo Relação Pessoa-a-Pessoa de Travelbee

Fonte: Tomey & Alligood, 2004

O Modelo Relação Pessoa-a-Pessoa, representa a interação entre enfermeiro e doente, os semi círculos no ponto do primeiro encontro indicam a possibilidade e a necessidade de desenvolver o encontro para uma relação terapêutica. 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 terapêutica foi atingido.

São 5 as fases do modelo: o **primeiro encontro** que se caracteriza pelas primeiras impressões de que tanto o enfermeiro como a pessoa têm um do outro. As **identidades em emergência** correspondem à forma como o enfermeiro e o doente se veem como indivíduos únicos. A **empatia** caracteriza-se pela capacidade de partilhar a experiência da outra pessoa. **Simpatia** ocorre quando o enfermeiro deseja aliviar a causa da doença ou do sofrimento do doente e por fim, a **harmonia** que é caracterizada por ações de enfermagem baseadas no conhecimento e competências necessárias para auxiliar a angústia do doente, através de uma relação de crença e confiança no enfermeiro.

Durante o ensino clínico III pude dar a conhecer este modelo à equipa de enfermagem da USF. A utilização deste modelo é uma mais-valia na área da enfermagem de saúde familiar porque reforça a dimensão humana do cuidar, centrando-se na relação terapêutica construída entre o enfermeiro, a pessoa e a família. Este modelo promove a empatia, a comunicação autêntica e a compreensão do significado que a doença e as transições de saúde têm para cada família, ajudando a desenvolver competências relacionais essenciais. Assim, contribui para uma prática clínica mais consciente, ética e personalizada, favorecendo intervenções que respeitam a singularidade de cada pessoa e o contexto familiar onde está inserida.

Modelo Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças

O Cuidar Baseado na Forças segundo Gottlieb “é uma abordagem que considera a totalidade da pessoa, centra-se naquilo que está a trabalhar e 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,p.1)

Esta teoria tem como objetivo mudar o foco do cuidado, isto é, propõe um cuidado centrado nas capacidades, potencialidades e recursos da família e comunidade, em vez de se focar unicamente nas doenças, dos défices e limitações para encontrar soluções para lidar com situações difíceis ou complexas, ultrapassar dificuldades e encontrar sentido em cada contexto e transição de vida. Reside em dar aos utentes, famílias e comunidades ferramentas para promover a sua autonomia e bem estar (Krauss & Moreira da Silva, 2023).

Gottlieb (2016) define forças como qualidades únicas e especiais das pessoas e famílias que determinam o que a pessoa é capaz de fazer e em que se poderá tornar. São capacidades que permitem que uma pessoa lide com os desafios da vida, lide com incertezas e contribuem para a capacidade de a pessoa se recuperar, refazer-se de todo o tipo de eventos e superar as adversidades. O conceito de força é usado como sinónimo de capacidade, atributos, competências, recursos, resiliência, habilidades e talentos.

A prática do Cuidar Baseado nas Forças exige que o enfermeiro esteja ciente das suas próprias forças, vulnerabilidades e fraquezas. A consciência do enfermeiro sobre o impacto mútuo entre o seu comportamento e o da pessoa/família é fundamental, pois permite reconhecer e potenciar as forças presentes no outro. É essencial que o enfermeiro possua na relação com o outro algum grau de empatia e compaixão que é um ingrediente essencial em todas as relações terapêuticas, embora seja necessário que o enfermeiro apresente outras qualidades como as forças de mentalidade, conhecimento e saber, forças de relação e forças de defesa, desenvolvendo desta forma novas capacidades de cuidar do outro (Gottlieb,2016).

Para o trabalhar com as forças, os enfermeiros devem ter em atenção que as pessoas e famílias possuem forças já existentes e que devem ser descobertas e desocultadas através do processo em espiral, forças potenciais e défices que podem ser convertidos em forças Gottlieb (2016).

Este modelo foi muito útil durante os ensinamentos clínicos, porque me possibilitou promover a consciencialização e apoio às famílias da USF na identificação de respostas adaptativas face a novas realidades de dependência nos seus membros, de forma a minimizar os problemas.

O Processo em Espiral

É um modelo que guia a prática de enfermagem, desenvolvido por Moudarres e Erzer, e que consiste em revelar e descobrir as forças durante quatro fases (Gottlieb, 2016). Este modelo fundamenta-se no Cuidar Baseado nas Forças e consiste numa abordagem cujo objetivo principal é centrar-se no que está a funcionar, a forma como a pessoa/família se adapta ou lida com as adversidades. A relação é baseada numa parceria colaborativa, onde o enfermeiro e a pessoa/família tomam decisões em conjunto, criam o plano de cuidados e trabalham juntos para encontrar soluções (Gottlieb, 2016).

Este modelo, ao contrário de outros, não consiste numa sequência de passos, embora as fases sejam distintas. Estas interligam-se e podem estar todas presentes num primeiro contato. A primeira fase "Explorar e ficar a conhecer" nesta fase reúne-se o máximo de informação sobre a pessoa/ família, realiza-se uma avaliação e

compreensão das preocupações, procuram-se os défices ou fraquezas tentando perceber as possíveis forças. A qualidade da informação obtida depende da relação de confiança e da parceria colaborativa, que se estabelece com a pessoa e sua família. A segunda fase "Aproximação do Alvo" caracteriza-se pelo esforço conjunto do enfermeiro e família na resolução do problema; são delineadas metas alcançáveis e de acordo com as prioridades estabelecidas pela família. A terceira fase "Pôr em Prática" consiste em definir um plano de ação que considere as forças e recursos disponíveis da família, de forma a atingir as metas. E por fim, a fase "Rever" que implica fazer um balanço do que funcionou e daquilo que precisa ser melhorado, o que pode implicar uma reformulação colaborativa do plano previamente estabelecido (Gottlieb, 2016).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

É um referencial sustentador das práticas de cuidados com as famílias foi codesenvolvido em Portugal e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (Figueiredo, 2012).

MDAIF é um quadro de referência para a prestação de cuidados à família e integra uma matriz operativa constituída por áreas de atenção relevantes para a prática de cuidados de enfermagem centradas precisamente em três dimensões avaliativas: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). A dimensão estrutural procura identificar a composição da família e os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas que podem associar-se a riscos de saúde. Inclui dados sobre a composição da família, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos e classe social, e as áreas de atenção rendimentos familiares, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico (Figueiredo, 2012). Por sua vez, a dimensão de desenvolvimento permite compreender os fenómenos associados ao crescimento da família e aos processos de transição do ciclo de vida com vista a possibilitar cuidados antecipatórios que capacitem a família ao longo destas etapas (Figueiredo, 2012). Aborda as áreas da satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental (Figueiredo, 2012). Por último, a dimensão funcional foca-se nos padrões de interação familiar responsáveis pelo desempenho das 31 funções e tarefas familiares (Figueiredo, 2012). Fazem parte desta dimensão o papel de prestador de cuidados numa vertente instrumental e o processo familiar numa vertente expressiva do funcionamento familiar (Figueiredo, 2012).

Este modelo, enquanto estrutura operacional dinâmica, procura manter-se flexível e interativo, possibilitando aos enfermeiros definir as intervenções que melhor respondam às necessidades das famílias.

Cuidar da família como unidade de cuidados exige que os enfermeiros pensem os cuidados de forma abrangente, integrada e complexa, envolvendo várias dimensões e diferentes áreas disciplinares. Por isso, a prática especializada deve apoiar-se em modelos estruturados de avaliação e intervenção familiar, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

2.3- Doença Crónica / Sentido De Vida / Aceitação Da Doença E Envolvimento Nos Cuidados De Saúde

Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2009), o mundo enfrenta um crescimento significativo dos níveis de morte e incapacidade resultantes da doença crónica. O setor da saúde tem a responsabilidade de assumir a liderança no combate a este problema, e os enfermeiros desempenham um papel essencial, não só na prevenção como no acompanhamento e cuidado de milhões de pessoas em todo o mundo.

As doenças crónicas afetam pessoas de todas as idades. A maioria das pessoas portadoras destas doenças podem, por vezes, apresentar algumas limitações, afetando a sua rotina diária e a sua atividade laboral. Na sua maioria necessitam de utilizar diariamente medicamentos e equipamentos de desgaste rápido, que são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao correto e seguro tratamento e à qualidade de vida (DGS, 2010). Segundo Petronilho (2008), o aumento significativo de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência encontra-se aliado ao aumento da esperança de vida.

A Organização Mundial de Saúde descreve doenças crónicas, como sendo “doenças de duração prolongada e progressão lenta” e descreve quadros crónicos como sendo “problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas” (WHO, 2002; ICN,2009).

A doença crónica caracteriza-se por condições de longa duração que muitas vezes podem ser controladas, mas não têm cura definitiva (Charmaz, 1995; Hajdarevic et al.,2025).

A doença crónica é um processo de transição saúde–doença, que implica mudanças identitárias, redefinição de papéis e desenvolvimento de novas estratégias de coping (Meleis, 2010). Provoca mudanças nas rotinas da família, aumentando a responsabilidade e exigindo readaptação social e emocional, de forma particular quando se instalam dificuldades funcionais que comprometem a independência na realização das atividades quotidianas. Por conseguinte, a pessoa portadora de uma doença crónica não é a única a ser afetada, pois a família atravessa condições de maior fragilidade, que requerem igualmente atenção e apoio.

Para Martins, Basile, Garlete & Bellini (2009), o surgimento de uma doença leva a que o ser humano vivencie alterações para além da esfera biológica. Várias mudanças ocorrem havendo necessidade de lidar com limitações, frustrações e perdas. As alterações que ocorrem com o início da doença, dependem do tipo de patologia, da maneira como se manifesta, do seu prognóstico, e do significado que cada indivíduo lhe atribui. Estas autoras acrescentam que a necessidade de manutenção do tratamento até ao fim da vida, no caso das doenças crónicas, pode contribuir para uma má adesão.

Por seu lado, Sapeta (1997) refere que as disfunções físicas e as reações psicossociais a essas disfunções, como os conflitos e ansiedade resultantes da ameaça que a doença crónica representa para a pessoa (integridade do seu corpo, sensação de perda pessoal, efeito sobre a sua vida e relações com os outros), causam uma incerteza do que vai acontecer, e influencia o comportamento da pessoa e da família.

A relação familiar influencia o processo da doença crónica, pois aborda aspetos do nível social, familiar e económico, que apresentam um grande peso na dinâmica e bem-estar da família. A não adesão ao tratamento, por parte do doente crónico, seja na descoberta ou abandono, influencia drasticamente quem o rodeia, em primeira instância a família (Mano et al., 2005; Pais-Ribeiro, 2007; Machado, 2009).

Segundo Bodenheimer et al. (2020) a doença crónica é uma condição que exige que a pessoa desenvolva competências de autogestão, incluindo monitorização, tomada de decisão, adesão terapêutica e adaptação emocional. É uma experiência que pode gerar perda do eu, alterações na identidade e necessidade de reconstrução do significado de vida (Charmaz, 1991; Hajdarevic et al., 2025).

A descoberta de sentido de vida produz determinadas características pessoais, designadamente: “o autoconhecimento, a compreensão dos outros, a procura de soluções otimistas, o planeamento de situações, a busca dos alvos/metast a atingir e o uso de estratégias de coping para fazer face a situações mais difíceis/dramáticas da vida” (Ribeiro, 2014, p. 10). Neste sentido, Ribeiro (2014, p. 10), refere que, quando, “ao longo do seu percurso de vida, a pessoa se depara com uma doença crónica, vê-se confrontada com a necessidade de redefinir objetivos e expectativas, que se refletem posteriormente na procura constante por sentido de vida”.

A doença crónica é descrita como perturbando a unidade entre o corpo e o eu, desencadeando transições de identidade e potencial perda de identidade. Para além das manifestações físicas, os indivíduos enfrentam desafios emocionais e existenciais, como ansiedade, isolamento social e perturbações no autoconceito aspetos frequentemente negligenciados pelas abordagens convencionais em saúde.

O ser humano revela-se, mediante a dor, a ansiedade, o medo, a tristeza e a doença, podendo determinar a sua realidade, o seu *modus vivendi* e construir um sentido de vida (Ribeiro, 2005).

A experiência de viver com uma doença crónica envolve uma rutura profunda no curso de vida, obrigando a pessoa a reorganizar prioridades, valores e expectativas. Face a estas transformações, torna-se essencial compreender como os indivíduos encontram ou reformulam o seu sentido de vida, já que este é um recurso fundamental para a adaptação e para preservar a integridade da identidade no contexto da doença crónica (Antonovsky, 1987; Mok et al., 2004). Assim, abordar o sentido de vida surge como o passo seguinte na compreensão da experiência humana face à cronicidade.

Viktor Emil Frankl, psiquiatra e filósofo humanista-existencialista, 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; Barros, 2014). Fundador da Logoterapia definiu-a como uma ciência que procura consciencializar o ser humano da sua responsabilidade existencial, ajudando-o a descobrir o próprio sentido de vida. Defendia que o ser humano é movido pela descoberta de sentido, podendo alcançar o sentido de vida através de três categorias de valores: valores criadores (fazer e realizar), valores vivenciais (experiência e o contacto com o mundo/natureza) e valores de atitude (capacidade de transcendência perante o sofrimento, o amor e a aceitação do inevitável) (Kraus, et al., 2009). Para Frankl (1992) o ser humano é uma totalidade bio-psico-socio-espiritual e, nesta totalidade, integra a dimensão espiritual como componente essencial da existência humana (Barros, 2014).

Tanyi (2002) citado por Barros (2014), define Sentido de vida como uma procura pessoal por significado, 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. A descoberta de sentido de vida envolve, autoconhecimento, compreensão interpessoal, procura 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).

O sentido de vida é visto como um recurso para lidar com situações potencialmente stressantes, compreende a forma como cada indivíduo vive momentos de crise, experimenta ligações consigo próprio e com os outros, como expressa crenças e valores.

Ková (2004) citado por Kraus, et al. (2009) refere que o sentido de vida é um sistema regulador da conduta humana, através do qual o homem encontra o valor atribuído à sua existência, aos outros e ao mundo em geral. O ser humano, na sua mais íntima essência, procura entender a vida e encontrar um sentido duradouro para a sua existência (Carneiro, 2006; Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009).

O sentido de vida é crucial para o desenvolvimento humano e promotor de “esperança”, reforçando o seu potencial terapêutico (Acevedo, 2000; Kraus, Rodrigues, & Dixe, 2009). Mesmo em situações de sofrimento inevitável é possível encontrar significado, quando a pessoa encontra sentido, consegue enfrentar a dor, a doença e dificuldades com mais esperança, o sofrimento deixa de ser apenas dor e passa a ser uma oportunidade de crescimento interior, com um impacto positivo na qualidade de vida. Atribuir significado à experiência quotidiana, devolve dignidade à vida e projeta esperança no futuro (Kraus et al., 2009).

Ter maior índice de sentido tem sido positivamente associado a medidas de funcionamento psicológico saudável como autenticidade, competência para a tomada de decisão, satisfação na vida, felicidade, facilitador de coping adaptativo e afetos positivos (Crumbaugh e Maholick, 1964; Maslow, 1971; Chamberlain e Zika, 1988; Débats e Wezeman, 1993; Park e Folkman, 1997; Ryff e Singer, 1998, citado por Kraus, et al., 2009).

Indivíduos com maior índice de sentido de significado e propósito de vida enfrentam melhor as circunstâncias difíceis (Duarte et al., 2022), estando associado a níveis mais baixos de índices 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) ainda sublinha que encontrar força interior contribui para desenvolver novas identidades, adaptar-se às limitações e redefinir os objetivos de saúde, permitindo que as pessoas possam ter perceções de que a vida pode ter um propósito e significado para além das limitações do corpo.

As famílias desempenham um papel importante no coping do utente com doença crónica. Facilitar a comunicação entre os membros da família e os utentes pode promover ainda mais o apoio mútuo entre estes e os seus familiares. A influência interdependente das famílias sobre os pacientes e dos pacientes sobre as famílias direciona a atenção dos enfermeiros para a necessidade de avaliação e intervenção que envolva tanto os pacientes como as famílias (Cong et al., 2024).

Os utentes portadores de doença crónica, consideram o sentido de vida importante e que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, podem desempenhar um papel fundamental na sua promoção (Hupkens et al., 2020). Apoiar o indivíduo/família no desenvolvimento de capacidades de gestão da doença crónica, requer que o enfermeiro seja considerado pelo utente como um parceiro dos cuidados, tornando-se fundamental para uma melhor adaptação de todos os membros às exigências da doença e na redução da exaustão familiar (Cotrim & Figueiredo, 2023).

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 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). Os enfermeiros têm o dever ético de oferecer apoio espiritual e, se a enfermagem negligenciar essa dimensão vital do ser humano, o cuidado torna-se antiético (Wright, 2005; Caldeira et al., 2011).

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), assim 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).

A espiritualidade tem ganho destaque crescente na literatura de saúde e de enfermagem, sobretudo nas últimas três décadas, revelando-se um tema de interesse particular para a prática clínica e científica (Martins, Romeiro & Caldeira, 2017; Fonseca et al., 2021). O conceito surge frequentemente associado a diversas qualidades humanas e existenciais, sendo por vezes entendido como sinónimo de esperança, proteção, sabedoria, compaixão, visão positiva da vida, autenticidade, força interior, iluminação pessoal, paz, harmonia e equilíbrio (Hurlbut & Ditmyer, 2016; Fonseca et al., 2021).

Segundo Murgia et al.(2020) citado por Fonseca et al.(2021) um estudo recente de análise do conceito de espiritualidade identificou que os seus efeitos se manifestam em três níveis distintos: na prática de enfermagem, nas organizações de saúde e na pessoa doente. No âmbito da enfermagem, a espiritualidade associa-se a múltiplas consequências positivas, como o desenvolvimento da consciência e da sensibilidade cultural, o reforço da ética profissional, a promoção de um cuidado holístico, a aprendizagem contínua, a satisfação profissional, a autoconsciência e o bem-estar. Ao nível da organização, a espiritualidade contribui para a criação de um ambiente terapêutico mais favorável, potenciando o bem-estar geral. Relativamente ao doente, a espiritualidade revela-se fundamental para a qualidade de vida, para o autocuidado, para a autorrealização, para a satisfação com os cuidados recebidos e para o bem-estar global.

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, como recurso para a descoberta de sentido do próprio profissional e a otimização da saúde familiar (Figueiredo et al., 2020) . Meleis (2010) citada por Fonseca et al.(2021) refere que a espiritualidade pode ser facilitadora de uma intervenção terapêutica de enfermagem com o objetivo de promover uma transição bem-sucedida e saudável.

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; Fonseca et al., 2021).

A importância da dimensão espiritual nos processos de saúde/doença é reconhecida pelas associações nacionais e internacionais de enfermagem e demonstrada pela evidência científica. No entanto, continua a ser esquecida na assistência de enfermagem (McSherry e Ross, 2002; Ross, 2006; Caldeira et al., 2011). O enfermeiro deve reconhecer que os doentes expressam as necessidades espirituais de forma subtil e, por vezes, a doença afigura-se num contexto vivencial desencadeador de sofrimento. Este deve ser um foco de atenção da intervenção do enfermeiro (Caldeira, Branco & Vieira, 2011).

“A literatura sublinha a espiritualidade como uma dimensão que confere resiliência e favorece o coping, trazendo benefícios evidentes, quer na saúde mental e física, quer na perceção de bem-estar e na influência da resposta ao tratamento” (Koenig, 2012; Fonseca et al., 2021).

A Filosofia do Cuidado em Enfermagem defende que o enfermeiro desenvolva a competência de apoiar a pessoa na descoberta do seu sentido de vida, promovendo esperança e autoeficácia para enfrentar a condição crónica e o sofrimento associado. Neste enquadramento, a Competência para o Cuidado Incondicional Proativo (CoCIP) constitui uma intervenção terapêutica orientada para acompanhar a pessoa nesse processo e favorecer a sua integração existencial. Enquanto competência autónoma de enfermagem, vocacionada para o cuidado de natureza espiritual, a CoCIP representa um recurso essencial para uma prática verdadeiramente humanizada. Permite que a intervenção do enfermeiro se ajuste às dimensões profundas da experiência de cada pessoa, valorizando a sua singularidade e a capacidade de encontrar sentido mesmo em contextos de vulnerabilidade. Ao integrar esta competência, o enfermeiro amplia a sua resposta às necessidades existenciais que influenciam de forma decisiva a vivência da condição crónica. Assim, o cuidado aproxima-se daquilo que cada pessoa necessita para viver com esperança e dignidade, independentemente do diagnóstico ou do prognóstico da sua situação de saúde (Barros, 2014; Kraus et al., 2021; Kraus & Silva, 2023).

A evidência científica demonstra que o sentido de vida atua como um importante fator protetor da saúde, estando associado a níveis mais elevados de esperança, resiliência, adesão aos tratamentos e melhor qualidade de vida em pessoas que vivem com doença crónica. Assim, fomentar o sentido de vida constitui uma componente essencial dos cuidados centrados na pessoa, integrando-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente nos domínios “Promoção do bem-estar” e “Capacitação da pessoa e da família” (OE, 2019).

A procura por significado traz autonomia e responsabilidade ao indivíduo e permite que o mesmo seja o próprio juiz das suas escolhas e atitudes. Ela possibilita a autotranscendência e a autorrealização. Se o sentido de vida é tão importante para as pessoas em geral, pode ser ainda mais essencial para aqueles que têm uma doença crónica ou que estão a atravessar um momento decisivo na vida. O sofrimento desnecessário deve ser evitado, mas o sofrimento que não pode ser mudado precisa de um significado. Quando o tempo passa e não há saída, existe sempre a possibilidade de transformar o mundo interior, converter o sofrimento em realização e aceitar a transitoriedade da vida fazendo escolhas responsáveis (Frankl 2014a, pp.161–175; Siqueira et al., 2018).

Doentes crónicos referiram que ter um propósito e um sentido de vida era ou seria crucial no processo de coping. Quando conseguiam encontrar significado, percebiam os problemas e as exigências da vida como algo que valia a pena enfrentar e investir energia. Quando perceberam que não podiam alterar a situação da sua doença, passaram a aceitá-la. Estes pacientes abandonaram expectativas irrealistas e libertaram-se do apego ao que tinham perdido. Aceitaram o que não podiam mudar e tomaram decisões conscientes para seguir em frente (Cong et al., 2024).

As dinâmicas de adaptabilidade no sentido de vida em pessoas com doença crónica, evidenciam uma forte relação entre a reavaliação de valores, sentido de vida e bem estar. Os indivíduos que ajustam os seus valores pessoais, sobretudo orientado para uma perspetiva social e de autotranscendência, tendem a apresentar níveis mais elevados de autoestima, maior sentido de vida e melhor qualidade de vida. Por outro lado, algumas pessoas conseguem viver de forma significativa sem alterar profundamente os seus valores, aqueles que mantêm o seu sistema de valores inalterado, relatam níveis inferiores de sentido de vida, crescimento pessoal e bem-estar físico e espiritual. Desta forma, é fundamental avaliar e promover a adaptação do significado nas intervenções terapêuticas centradas no sentido de vida e na esfera psicológica (Carreno et al., 2023).

3- Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária Na Área De Saúde Familiar

Independentemente da definição de “competência”, é consenso na formação em enfermagem que a sua aquisição, o seu desenvolvimento e avaliação, requerem situações educativas adequadas em contextos reais de prestação de cuidados de enfermagem, para promover o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, proporcionando crescimento e autonomia num processo contínuo ao transformar conhecimento em competência (Carvalho, 2005).

O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar precisa demonstrar conhecimentos, habilidades e competências para avaliar a saúde da família enquanto unidade de cuidados. Além disso, deve ser capaz de criar uma relação terapêutica, identificando significados atribuídos aos processos de saúde e doença, que orientam tanto o juízo clínico quanto a decisão conjunta, mesmo diante de situações complexas (OE, 2017).

O conjunto de competências especializadas resulta do aprofundamento dos domínios de atuação do enfermeiro de cuidados gerais, sendo constituído por competências comuns e específicas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros em regulamentos próprios para cada área de especialidade (OE, 2019).

As realizações dos ensinamentos clínicos possibilitaram a observação, o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados às famílias, visando desenvolver competências do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Saúde Familiar conforme o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Neste capítulo irei descrever o desenvolvimento das competências comuns e específicas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros para obtenção do título de Enfermeiro Especialista.

3.1- Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de saúde e consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (OE, 2019).

As “Competências comuns” referem-se às aptidões compartilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da respetiva área de especialização. Estas competências são evidenciadas pela capacidade avançada de conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como pelo suporte qualificado ao exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Segundo o 4º artigo do Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No presente relatório apresentam-se as unidades de competências comuns do Enfermeiro Especialista, assim como, as atividades desenvolvidas ao longo deste mestrado para cumprir os critérios de avaliação, a informação encontra-se organizada em quadros, permitindo uma leitura clara e objetiva de forma a facilitar a compreensão do trabalho realizado.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade ética e deontológica

No que diz respeito às competências no domínio da responsabilidade ética e deontológica o Enfermeiro Especialista desempenha as suas funções com segurança, profissionalismo e ética, baseando-se em competências orientadas por decisões éticas e deontológicas. A sua competência baseia-se num sólido corpo de conhecimentos ético-deontológicos, aliado a uma avaliação criteriosa das melhores práticas e ao respeito pelas preferências do cliente (OE, 2019).

Segundo o código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), o Enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão e responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega.

Atualmente, a autonomia profissional do enfermeiro em Portugal está juridicamente reconhecida, fundamentando-se principalmente no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A Enfermagem de Saúde Familiar orienta a sua prática pelo respeito pelos princípios éticos consagrados na deontologia de enfermagem, assegurando cuidados centrados na família enquanto unidade de cuidado. Neste contexto, o enfermeiro de saúde familiar atua de acordo com os princípios da justiça, garantindo equidade no acesso e na prestação de cuidados; da autonomia, respeitando as decisões informadas da família; da beneficência, promovendo o bem-estar e os ganhos em saúde; da não-maleficência, prevenindo riscos e evitando danos; e da responsabilidade, assumindo uma prática profissional ética, consciente e comprometida com a qualidade e a segurança dos cuidados.

O Estágio II “Cuidados de Saúde à Família” revelou-se fundamental para o desenvolvimento desta competência comum (Quadro 1), pois permitiu-me conhecer mais profundamente a dinâmica familiar através do MCAF, e prestar cuidados de enfermagem de qualidade à família respeitando a dignidade humana de todos os seus membros e perceber que durante as interações com a família existem implicações éticas e morais, que não podem ser ignoradas.

Quadro 1 : Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da Responsabilidade ética e deontológica.

A1: 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.	- Construi estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente e família, identificando e implementando as soluções mais adequadas para cada circunstância. -Colaborei na tomada de decisão acerca dos cuidados mais adequados em diversas situações da prática de cuidados, em equipa, junto da enfermeira orientadora, mas também junto da restante equipa multidisciplinar. -Desenvolvi a prática especializada com base no respeito pelas normas deontológicas e enquadramento ético, na equipa de enfermagem onde estive inserida. - Suportei as minhas decisões com base no conhecimento e na experiência profissional adquiridos, destacando que o programa formativo deste mestrado contribuiu significativamente para meu desenvolvimento profissional.
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 o estágio; - No decorrer do processo do ensino clínico, 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, procurando junto da orientadora e restante equipa a validação e avaliação dos resultados da mesma nos diferentes momentos de prestação de cuidados.
A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação / Atividades realizadas
A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.	- Assegurei o respeito pelo direito dos utentes ao acesso à informação. - Assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, não deixando informação clínica visível. Assumindo, assim, a defesa dos direitos humanos, no decorrer do ensino clínico. - Garanti, no decorrer do estágio, a privacidade, o respeito pela dignidade e anonimato na minha prática diária, bem como, no caso dos trabalhos académicos desenvolvidos. - Assegurei o respeito do cliente 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 este. - Respeitei os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas de cada indivíduo e 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. - Assegurei a livre escolha dos participantes nas entrevistas familiares, permitindo que a família determinasse quem estaria presente na consulta. - Atuei de forma proativa, priorizando a segurança, privacidade e dignidade do cliente, além de adotar medidas preventivas para evitar a recorrência de incidentes na prática clínica.
--	---

3.1.2- Domínio da Melhoria da qualidade

De acordo com as competências do domínio da melhoria da qualidade o Enfermeiro Especialista assume um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados de saúde. Destaca-se pelo seu papel dinamizador no desenvolvimento e no suporte às iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Desenvolve práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, contribuindo para a excelência dos cuidados prestados. Para além disso, garante um ambiente terapêutico e seguro, promovendo a segurança, o bem-estar e a confiança da família ao longo do processo de cuidados (OE, 2019).

Para o desenvolvimento desta competência (Quadro 2), foi importante compreender a organização da Unidade e o seu funcionamento, de forma a promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. A Unidade, integrada na ULSO, segue o Sistema de Gestão da Qualidade, que orienta a melhoria contínua dos serviços e a resposta às necessidades dos utentes. O manual de Gestão da Qualidade, disponível para todos os profissionais, reúne os documentos que orientam a garantia da qualidade dos serviços, como projetos de intervenção, avaliação de riscos, tratamento de não conformidades, controlo da documentação, auditorias internas e planeamento das atividades da direção de enfermagem.

Quadro 2 : Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da melhoria da qualidade.

B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	
Unidades de competência	Critérios de avaliação / Atividades realizadas
B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade	- Detenho conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. - Mobilizei e incorporei conhecimentos sobre feridas do qual realizei um curso o que me permitiu a avaliação e tratamento de feridas, na unidade onde realizei o ensino clínico, em utentes com feridas complexas. - Como responsável dos armazéns avançados na minha unidade mobilizei recursos em relação a material de pensos que poderiam ser mais benéficos para algumas feridas de utentes que poderiam ser adquiridos aos serviços farmacêuticos para melhoria da qualidade de cuidados prestados aos utentes.

B1.2. Orienta projetos institucionais na área da qualidade	- Identifiquei junto da equipa lacunas e necessidades na área da qualidade no que se refere à elaboração de um plano de cuidados personalizado, desde o levantamento de diagnósticos, implementação de intervenções e registos no S.Clínico adequados que refletissem os cuidados prestados aos utentes com doença crónica e suas famílias na promoção do sentido de vida. - Disponibilizei e dei a conhecer o Guia orientador de boas práticas sobre o cuidado espiritual prestado por enfermeiro da ordem dos enfermeiros que a equipa desconhecia, tornando-se uma mais valia na elaboração de registos que refletissem a qualidade dos cuidados prestados. - Promovi um momento de partilha com toda a equipa de enfermagem através de uma formação sobre o sentido de vida na doença crónica, dando a conhecer um tema muito pouco divulgado e estudado. (Apêndice II) Possibilitou a reflexão do quanto os enfermeiros se sentem pouco preparados, não tem conhecimento acerca desta temática, a maioria revela estranheza, na abordagem da espiritualidade, mas no fundo verifiquei através da partilha de experiências, que a maioria na sua prática diária inconscientemente promovem o sentido de vida no utente que passa por adversidades e dificuldades.
B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	
Unidades de competência	Crítérios de avaliação / Atividades realizadas
B.2.1. Avalia a qualidade das práticas clínicas	- Baseei-me na evidência científica, no pensamento crítico, nos instrumentos adequados e nas normas necessárias para a avaliação da qualidade. - Realizei uma reflexão crítica do meu desempenho, apresentando-a nos relatórios de estágio.
B2.2 Planeia programas de melhoria contínua.	- Identifiquei oportunidades de melhoria, na prestação de cuidados ao utente com doença crónica e na promoção do seu sentido de vida, reconhecendo a importância desta dimensão na adaptação à condição de saúde e bem estar. Estabeleci prioridades de intervenção centrada nas necessidades emocionais, existenciais, desenvolvimento de estratégias de coping, considerando o impacto da doença na identidade, projetos e motivação do utente e família. - Com base nessas prioridades foram estabelecidas estratégias de melhoria que valorizavam a escuta ativa, apoio na redefinição de objetivos de vida contribuindo para uma abordagem mais humanizada. - Promovi o uso do Guia orientador de Boas Práticas sobre o Cuidado espiritual, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, junto da equipa de enfermagem salientando a relevância deste cuidado na prática diária, de forma a ser utilizado como uma ferramenta de apoio à intervenção do enfermeiro, reforçando a importância de uma abordagem holística que integre as dimensões física, emocional, social e espiritual da pessoa especialmente em contexto de doença crónica.
B2.3. Lidera programas de melhoria.	
B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro	
B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e	- Procurei envolver a família para garantir que fossem atendidas as necessidades culturais, espirituais e o sentimento de proteção, para isso, tive

espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.	em conta a utilização do Guia de Boas práticas Cuidado Espiritual prestado por Enfermeiro da Ordem dos Enfermeiros (2021). - Cumpri rigorosamente as normas e procedimentos clínicos, como identificar corretamente o utente e prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde. - Assegurei os princípios ergonómicos de forma a evitar danos para mim e para o utente. - Implementei ações para manter a segurança dos dados e dos registos eletrónicos no S.Clínico.
B3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais	- Tomei conhecimento do mapa de riscos da Unidade de Saúde Familiar, bem como, os procedimentos para a participação de incidentes. - Organizei meu trabalho para minimizar erros e acidentes. - Cumpi todos os procedimentos de prevenção e controle de infeções nos cinco momentos indicados.

3.1.3- Domínio da Gestão de cuidados

As competências do domínio da Gestão de cuidados pressupõem que o Enfermeiro Especialista gere os cuidados de enfermagem de forma eficaz, promovendo uma resposta adequada da sua equipa e uma articulação contínua com a restante equipa de saúde. Adapta a sua liderança e a gestão dos recursos às diferentes situações e contextos, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa e à família (OE,2019).

As competências neste domínio (Quadro 3), foram desenvolvidas através da observação e participação ativa na organização e coordenação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem. Foi importante colaborar com os colegas, respeitar a hierarquia, gerir o tempo e os recursos de forma eficiente, refletir sobre as decisões tomadas, avaliar a qualidade dos cuidados prestados e propor melhorias sempre que fosse necessário.

Quadro 3 : Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio da Gestão de Cuidados.

C1: 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
C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	- Disponibilizei-me para apoiar a equipa em diferentes contextos e necessidades. - Colaborei nas decisões da equipa de saúde e nos métodos de organização de trabalho adequados. - Participei na elaboração de uma referenciação para a RNCCI de um utente do ficheiro da enfermeira orientadora, percebendo a necessidade de referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, de forma que o utente e família pudessem obter uma melhor resposta em saúde para as suas necessidades.

C1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	- Durante os Estágios II e III, implementei consistentemente procedimentos de gestão na assistência prestada. Participei ativamente na aplicação de métodos organizacionais apropriados, assumindo a responsabilidade pelo atendimento de enfermagem aos utentes e famílias do ficheiro estudado. - Utilizei de forma eficiente os recursos disponíveis com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados prestados.
C2: Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	
Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação / Atividades realizadas
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	- Articulei com todos os profissionais do polo assistencial de forma a maximizar a eficiência dos recursos, a segurança e a qualidade. - Apliquei procedimentos de gestão de cuidados. - Implementei métodos de organização do trabalho adequados ao cumprimento dos objetivos dos estágios.
C2.2. Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	- A integração na equipa multidisciplinar foi positiva, principalmente com o apoio e orientação da Enfermeira Orientadora que mostrou sempre disponibilidade. - Na área de liderança, não desenvolvi intervenções, tendo em conta o estatuto de aluna. - Reconheci e compreendi os papéis e funções de todos os membros da equipa, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática de Enfermagem de Saúde Familiar.

3.1.4- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Quanto às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Quadro 4), o Enfermeiro Especialista demonstra capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua influência na relação terapêutica e no trabalho multiprofissional, valorizando a dimensão pessoal e a relação com o outro nos diferentes contextos profissional e organizacional. Fundamenta os seus processos de decisão e intervenções com conhecimento válido, atualizado e pertinente, assumindo um papel ativo na facilitação da aprendizagem e no desenvolvimento da investigação em enfermagem (OE,2019).

Durante os estágios na USF, adaptei-me ao método de trabalho e estabeleci bons relacionamentos, respeitando a hierarquia e o espaço da equipa multiprofissional. Promovi um ambiente saudável, mantive a individualidade e expus opiniões de forma clara e objetiva, argumentando quando necessário.

Ao prestar cuidados às famílias, foi fundamental desenvolver o autoconhecimento o que implicou a identificação de capacidades permitindo prestar cuidados com autonomia e segurança, bem como, o reconhecimento de limitações o que levou a solicitar a colaboração da equipa sempre que se justificou. Houve a necessidade de agir com assertividade nos cuidados e desenvolver a capacidade de lidar com as próprias emoções de maneira adequada em determinadas circunstâncias. Na minha prática profissional segui programas emanados pela direção geral de saúde e pelos modelos de avaliação familiar, priorizando o cuidado centrado na família.

Quadro 4: Competência comum do Enfermeiro Especialista: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação / Atividades realizadas
D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	- Dediquei-me de forma contínua ao autoconhecimento, compreendendo como este processo impactava as relações com utentes e as equipas multidisciplinares, ciente e reconhecendo que a relação pessoal era afetada pela influência pessoal. - Tive a oportunidade de refletir acerca do desenvolvimento pessoal e profissional, bem como na importância da especialização no cuidar. - Reconheci os meus recursos e limitações no âmbito pessoal, profissional e académico.
D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	- Tendo em conta o meu autoconhecimento e a perceção que o outro tem de mim geri os meus sentimentos e emoções de forma a dar uma resposta eficiente aos cuidados prestados. - Colaborei proactivamente com os vários membros da equipa na identificação de possíveis situações de conflito, contribuindo para sua resolução sempre que necessário. - Sempre que foi necessário, atuei com eficácia mesmo sob pressão, mantendo o compromisso com a prestação de cuidados seguros e adequados a cada situação. Esse desempenho foi possível graças à experiência adquirida ao longo de vários anos em diferentes ambientes de trabalho.
D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação / Atividades realizadas
D2.1. Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho	- Em conjunto com a Enfermeira Orientadora procurei necessidades formativas na equipa de forma a colaborar na formação interna. - Desenvolvi, na perspetiva de formadora, uma ação de formação, cujo tema era pouco conhecido e explorado junto da equipa de enfermagem, cujo tema foi : Sentido de Vida na doença crónica.
D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica.	- Procurei oportunidades relevantes de investigação e realizei um estudo de investigação que se encontra no capítulo 4. - Realizei uma revisão integrativa da literatura, recolhi e interpretei dados e divulguei os resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar.
D2.3. Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	- Procurei conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuíram 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, e utilizei modelos de enfermagem e instrumentos de avaliação e intervenção.

3.2- Competências Específicas

Competências específicas são aquelas que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, e se evidenciam pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar dividem-se em duas grandes dimensões: “Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”(Regulamento n.º 428/2018, Diário da República, 2.ª série-nº 135, 16 de julho de 2018, p. 19355). Cada dimensão tem várias unidades de competências e cada unidade de competências vários critérios de avaliação.

3.2.1- Cuida da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

“Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (Regulamento n.º 428/2018, Diário da República, 2.ª série-nº 135, 16 de julho de 2018, p. 19357).

O Ensino Clínico II, foi importante para o desenvolvimento desta competência, porque possibilitou a observação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados às famílias e especificamente a uma família da USF durante uma etapa do ciclo vital, visando desenvolver competências do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Foi necessário reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização.

Para obter um conhecimento mais profundo da família, utilizei o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), que me possibilitou avaliar a família nas suas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, de forma a alcançar o máximo potencial de saúde, que se encontra no apêndice I.

No quadro 5 podemos analisar as unidades de competência específicas bem como as atividades desenvolvidas para cumprir os critérios de avaliação.

Quadro 5: Competência específica do Enfermeiro Especialista :“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”

Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.	
Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação / Atividades realizadas
Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	- Foi possível durante os ensinios clínicos conhecer as famílias do ficheiro da Enfermeira Orientadora, estabelecendo uma relação terapêutica, em diversos contextos de cuidados baseada na confiança e respeito pelas suas crenças, valores e desejos, enquanto unidade, assim como, com cada um dos seus membros. - Estabeleci uma parceria colaborativa com as mesmas e em conjunto elaboramos um plano de cuidados que fosse de encontro com a sua singularidade, vontade e as suas forças, de forma a colocar a família no centro dos cuidados e capacitá-la na promoção da sua saúde, recuperação e cura. - Em relação à família em estudo no estágio, abordei a mesma com disponibilidade e aproveitei a realização do tratamento à úlcera arterial duas vezes por semana para estabelecer uma relação terapêutica e de confiança, baseada no respeito, mostrando disponibilidade no atendimento, de forma a perceber as principais necessidades desta família e o que sentiam como mais significativo para o seu projeto de saúde. - Tentei estabelecer uma relação colaborativa, respeitando e reconhecendo a competência da mesma para a tomada de decisões na gestão da sua vida, e projeto de saúde, reconhecendo a experiência de todos os seus membros, de forma a promover os mais elevados níveis de satisfação da família, cumprindo um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. - Pela união que ligava os elementos da família , com facilidade foi possível reforçar os pontos fortes da mesma, trabalhar e focar nas forças da família em detrimento dos problemas. - Percebi que os desafios desta família extensa eram inúmeros, mas acreditavam que abordando de forma positiva as adversidades e usando todo o seu potencial poderiam trazer mudança, de forma a minimizar os problemas (Gottlieb, 2016). - A centralização da família nos cuidados representou um desafio , pois exigiu a transição de uma abordagem centrada no indivíduo para uma orientação voltada para a família, o que demanda desenvolvimento contínuo. - O aprimoramento desta competência contribuiu para o processo de enfermagem e influenciou nos resultados alcançados.
Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família	- Durante o Ensino Clínico, aproveitei a deslocação da família em estudo para a realização de tratamento, de forma a recolher dados pertinentes sobre o estado de saúde.

	- Solicitei informações sobre o histórico familiar e hereditário, detalhando a estrutura familiar, os problemas atuais e os fatores de risco ambientais que pudessem impactar o estado de saúde. - Identifiquei crenças e cultura familiar para entender o seu impacto na saúde e em decisões futuras. - Estimulei o diálogo e a partilha de histórias de vida familiares criando um ambiente seguro para abordar temas delicados, facilitando a resposta e a atitude da família face a situações problemáticas e geradoras de stress, assegurando a confidencialidade da informação transmitida. - Planeei entrevistas nos contactos que mantive com a família, com recurso a técnicas como interrogatório circular, defini objetivos concretos e pude desenvolver técnicas de comunicação. - Durante estes contactos pude observar a interação entre os membros da família, os padrões de comunicação, a comunicação não verbal e perceber as rotinas inerentes a esta família conseguindo entender a sua dinâmica familiar. - Para obter um conhecimento mais profundo da família, utilizei o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), que me possibilitou avaliar a família nas suas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, de forma a alcançar o máximo potencial de saúde. - Recorri aos instrumentos de avaliação familiar como o Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar, Escala de Faces II, Apgar Familiar de Smilkstein, o Questionário Forças familiares e a Escala de Zarit. - A utilização destes instrumentos permitiu-me identificar o potencial da família e dos seus membros, esclarecer o papel de cada elemento, os recursos, forças e problemas do sistema familiar, facilitando o planeamento de intervenções mais adequadas às suas necessidades. - Identifiquei pontos fortes, que se relacionavam com a capacidade de mobilizar recursos de suporte na família extensa para dar resposta às transições de vida.
Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas	- Consegui identificar os recursos necessários para dar resposta a situações complexas da família em estudo. - Senti necessidade de rever e mobilizar conhecimentos que adquiri na componente teórica, nomeadamente contributos na área específica de Enfermagem, da Teoria Geral dos sistemas, da Cibernética e da Terapia familiar. - Procurei conhecer os antecedentes familiares individuais de cada elemento, valores, crenças culturais e espirituais da família e sua influência na resposta a situações de saúde e doença e percebi que a família se apoiava na sua crença na religião católica, bem como, na união e vínculos fortes que apresenta com a sua família extensa para ultrapassar e enfrentar situações difíceis na transição saúde/doença.
Desenvolve a prática de enfermeiro de família	- Colaborei na definição de objetivos, na elaboração de um plano de cuidados promotor da autonomia e saúde familiar, prescrevendo e reformulando as intervenções sempre que fosse necessário e de acordo com

baseada na evidencia científica	as necessidades sentidas pela família, evidenciando a capacidade da mesma na resolução dos seus próprios problemas, bem como, na prevenção de situações complexas de forma a minimizar efeitos indesejáveis, indo de encontro com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade. - A dificuldade na elaboração do plano de cuidados foi negociar com a família metas concretas e atingíveis, pela não adesão ao regime terapêutico, neste sentido pretendi envolver a família na responsabilização e autonomia nos cuidados, respeitando a sua capacidade para tomar decisões, aprender mais sobre as forças e recursos existentes de forma a capacitá-la para alcançarem os resultados desejados. - Pude compreender que o comportamento de cada um dos membros da família é indissociável dos restantes e que aquilo que acontece a um elemento afeta a família no seu conjunto. A Totalidade é uma das propriedades do sistema familiar. Outras propriedades consideradas foram a equifinalidade a retroação e auto-organização. - Refleti sobre a minha prática no sentido de melhorar o meu desempenho na prestação de cuidados às famílias, e avaliei o meu contributo no alcance de resultados desejados na saúde familiar. - A partilha e análise contínua acerca dos progressos alcançados pela família foi fundamental para incentivar o seu crescimento e estabelecer uma relação de proximidade e confiança entre ambos, sendo o enfermeiro de família uma referência para as suas famílias. - Na minha prática profissional, tive em conta como guias orientadores os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem na área de Saúde Familiar, que me permitiram prestar cuidados de saúde com qualidade, tendo em conta as necessidades individuais de cada família.
Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem estar da família, em situações complexas	- Criei um espaço seguro para promover o diálogo e a troca de histórias familiares, permitindo abordar temas delicados. - Facilitei a comunicação e a postura da família diante de situações problemáticas e stressantes, garantindo a confidencialidade das informações compartilhadas. - Além de analisar as relações intrafamiliares, também observei as interações da família com o meio envolvente, ou seja, com sistemas mais amplos. Desta forma, foi possível compreender melhor a complexidade do sistema familiar e perceber como a família reagia a situações complexas. - Reconhecendo a família como um sistema auto-organizado, promovi a sua capacidade de autodeterminação e autogestão dos próprios problemas, respeitando seu projeto de saúde. - Desenvolvi com as famílias formas de solucionar conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos. - Implementei novos focos de atenção e delineei com a família intervenções conducentes à recuperação do bem-estar da mesma.

	- Identifiquei a etapa do ciclo vital desta família e as suas tarefas normativas, oferecendo cuidados antecipados e apoio ao desenvolvimento dessas tarefas. - Garanti a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde implementados.
Facilita a resposta da família em situação de transição complexa	- Identifiquei os recursos disponíveis e as diferentes fontes de stress presentes no contexto familiar. Verifiquei que o evento com maior impacto sobre o sistema familiar foi a perda de autonomia funcional de um dos membros, gerando dependência nas atividades da vida diária. - A situação de crise foi enfrentada como uma possibilidade de transformação, promovendo o desenvolvimento para um estadio funcional mais avançado e complexo, em vez de ser vista unicamente como um fator de risco. - Avaliei de forma contínua a estrutura, o funcionamento e os recursos da família, identificando fatores de risco, vulnerabilidades e potencialidades que influenciavam a adaptação à transição. - Estabeleci uma relação terapêutica baseada na parceria, promovendo uma comunicação aberta, com partilha de significados e o envolvimento ativo dos membros da família no processo de tomada de decisão, reforçando a sua autonomia e capacidade de autocuidado. - Intevi de forma a orientar para o fortalecimento das competências familiares, capacitando a família para gerir a mudança e adaptar-se a um novo estado, redefinir papéis, mobilizar redes de apoio formais e informais e desenvolver estratégias eficazes de coping. Ao antecipar dificuldades e minimizar o impacto da transição, contribui para a prevenção de desequilíbrios familiares, promovendo a adaptação saudável, a continuidade do cuidado e o bem-estar global da família ao longo do seu ciclo vital. - As intervenções centraram-se principalmente na promoção da consciencialização e no apoio à família na identificação de respostas adaptativas face à nova realidade da dependência de um dos seus membros. Em todas as interações, foram exploradas estratégias potenciais com a família para a concretização dos objetivos delineados, destacando-se as suas competências e os avanços obtidos. - Implementei um processo de consciencialização fundamentado na identificação das potencialidades e das oportunidades de desenvolvimento e transformação, utilizando a metodologia do Cuidar Baseado nas Forças. - Registei eletronicamente o processo de cuidados, integrando saúde, família e ambiente no programa e processo de saúde familiar.
Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar	- Os cuidados prestados às famílias foram fundamentados em evidência científica e integraram contribuições de todas as unidades curriculares dos semestres teóricos, com a colaboração da equipa multidisciplinar. - Prestei cuidados de enfermagem de saúde familiar de acordo com os Padrões de Qualidade de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, aprovados pela Ordem dos Enfermeiros e respeitando o Código Deontológico.

	- Refleti sobre a minha prática, enquanto enfermeiro de família, no sentido de melhorar o meu desempenho e de forma a promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional.
Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	- Os familiares expressaram satisfação em relação aos cuidados de enfermagem prestados e relataram pequenas mudanças positivas no funcionamento do sistema familiar - Avaliei a eficácia dos cuidados prestados e registei as alterações clínicas relevantes, reformulando o plano de cuidados. - Planeei os cuidados integrando investigação e evidência científica.

3.2.2- Lidera e colabora nos processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar detém a competência de liderar e colaborar nos processos de intervenção, assumindo um papel ativo na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações de maior complexidade no contexto familiar. Esta competência traduz-se na capacidade de articular saberes científicos, éticos e relacionais, mobilizando a equipa de saúde e a própria família para a tomada de decisão partilhada. O enfermeiro especialista atua como facilitador dos processos de mudança, promovendo intervenções integradas, centradas na família enquanto unidade de cuidados, e contribuindo para a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital. No quadro 6 apresento as atividades desenvolvidas para o desenvolvimento desta competência.

Quadro 6: Competência específica do Enfermeiro Especialista: “Lidera e colabora nos processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”

Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.	
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.	-Tentei desempenhar um papel imprescindível, não só na prestação direta de cuidados ao utente e à sua família, mas também como líder e gestor capaz de mobilizar os recursos necessários de forma a dar continuidade aos cuidados de saúde familiar aos vários níveis de prevenção. - Em colaboração com a equipa multidisciplinar composta pela Enfermeira Orientadora e Médica de família e com a devida autorização da família , tive oportunidade de participar na gestão e articulação de recursos, participando na referenciação de um utente dependente para outras equipas de saúde, para consulta de cirurgia do Centro Hospitalar do Oeste, por agravamento do seu estado clínico. - Foi possível conjuntamente com a enfermeira orientadora planear novas intervenções que se adequassem ao novo estado de saúde do utente, mantendo o plano de cuidados atualizado, refletindo e partilhando resultados de forma a obtenção de ganhos em saúde para o utente/família.

Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção	- Pude cooperar com a Enfermeira Orientadora num processo de referenciação a uma idosa dependente para a RNCCI, no âmbito do descanso do cuidador possibilitando um período de descanso à filha sua cuidadora, libertando-a provisoriamente das atividades inerentes à prestação de cuidados à mãe. - Colaborei em consultas de enfermagem no âmbito dos vários programas de vigilância de saúde e participei em processos de intervenção com utentes e famílias, incluindo a capacitação para lidar com questões relativas ao processo de transição saúde/ doença, o esclarecimento de dúvidas e a prestação de cuidados técnicos. - Todos os cuidados prestados às famílias foram registados no programa informático S.Clínico de forma a dar visibilidade a todo o trabalho efetuado na área de Enfermagem de Saúde familiar. - 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

4.1- Introdução

Todos os países enfrentam hoje o impacto crescente das doenças crônicas, cuja progressão tende a provocar diferentes graus de incapacidade, comprometendo a autonomia das pessoas. Esta perda de funcionalidade exige uma reorganização profunda do cotidiano e coloca desafios significativos à adaptação, tanto para os indivíduos afetados como para as suas famílias, transformando de forma marcada as necessidades de cuidados de saúde das populações (ICN, 2009).

A convivência com uma doença crônica constitui um processo prolongado, dinâmico, frequentemente disruptivo e irreversível, que desafia a pessoa e a sua família a reorganizarem rotinas, papéis e expectativas de vida. Para além das exigências clínicas, a cronicidade implica uma reconstrução identitária, uma reinterpretção do próprio percurso existencial, frequentemente marcada por incerteza, vulnerabilidade, necessidade de adaptação contínua e pelo impacto profundo na autonomia e sentido de continuidade da vida, podendo criar um sentimento de perda, insegurança, baixa autoestima, desequilíbrio emocional e dificuldade na gestão da doença. Neste contexto, o sentido de vida, emerge como um recurso psicológico e existencial central, capaz de influenciar a forma como a pessoa compreende a doença, mobiliza estratégias de coping e se envolve nos cuidados de saúde. Segundo Viktor Frankl, o sentido da vida corresponde ao motivo profundo que nos move, a razão que sustenta as nossas ações e orienta a forma como escolhemos viver. É aquilo que nos direciona, guia e impulsiona na procura de objetivos ou formas de ser (Ortiz, 2007; Barros, 2014).

Para o autor, o sentido de vida proporciona ao ser humano autorrealização; é a força motivacional que ajuda a manter uma perspetiva mais otimista das vivências e confere um significado positivo à própria existência. Quando um plano se desvia do rumo esperado, são afetadas a liberdade, a responsabilidade, a autodeterminação, o cumprimento, a realização de metas, a visão positiva da vida e a construção da visão do futuro (Frankl, 1994; García, Pérez e Delgado, 2008; Ortiz et al., 2021).

A procura por significado confere ao indivíduo autonomia e responsabilidade, permitindo que o próprio avalie as suas próprias escolhas e atitudes. Esse processo favorece tanto a autotranscendência quanto a autorrealização. O sentido da vida é uma dimensão central para a maioria das pessoas, mas pode tornar-se ainda mais significativo para quem vive com uma doença crônica ou atravessa um momento particularmente marcante da sua trajetória. Evitar o sofrimento desnecessário é fundamental, porém atribuir um propósito ou significado torna-se essencial. Na ausência de possibilidades externas de mudança, permanece a alternativa de transformar o universo interior, convertendo o sofrimento em realização pessoal e aceitar a natureza transitória da existência fazendo escolhas responsáveis (Frankl 2014a, pp. 161–175; Siqueira et al, 2018).

Ter um propósito ou um sentido de vida foi descrito pelos doentes crônicos como um elemento central para lidar com a doença. Ao conseguirem atribuir significado à sua experiência, passavam a encarar as dificuldades e exigências do quotidiano como desafios dignos do seu esforço e dedicação. Ao reconhecerem que a condição de saúde não podia ser alterada, avançaram para a sua aceitação. Esse movimento implicou abandonar expectativas que já não eram realistas e libertar-se do apego do que tinham perdido. Ao aceitarem o que estava fora do seu controlo, fizeram escolhas conscientes para continuar a avançar no seu percurso (Cong et al., 2024).

A literatura refere que aprofundar a espiritualidade revela-se essencial, uma vez que esta dimensão integra de forma profunda a identidade da pessoa e mantém uma ligação direta com variáveis psicológicas como o otimismo, o sentido de vida e o propósito existencial. A espiritualidade tende também a fortalecer crenças

positivas e a funcionar como estratégias de adaptação perante a doença e os desafios inerentes ao tratamento, contribuindo para uma adaptação mais equilibrada (Ortiz et al., 2021).

Os comportamentos de autogestão dos doentes com doenças crónicas tendem a ocorrer no contexto familiar, e que um bom funcionamento familiar pode proporcionar apoio emocional positivo, promovendo bem-estar e reduzindo a depressão (Cong et al., 2024).

Durante os ensinamentos clínicos desenvolvidos na USF, tornou-se evidente a presença significativa de utentes portadores de doença crónica, cuja vida se encontrava profundamente transformada pela sua condição de saúde, bem como, a das suas famílias. Verificou-se que muitos destes utentes/ famílias revelavam sinais de desânimo, desmotivação e tristeza face à sua situação, refletindo o impacto que a doença exerce não só sobre a dimensão física como um profundo desgaste emocional e existencial, torna-se por isso, essencial explorar esta dimensão, identificando a conceptualização e dimensões do sentido de vida na vivência da doença crónica, a relação entre sentido de vida e processos de aceitação/adaptação à doença, a relação entre o sentido de vida e o envolvimento nos cuidados de saúde e o papel do contexto relacional e familiar.

O objetivo de uma Revisão Integrativa da literatura consiste em promover uma análise aprofundada de um determinado fenómeno com base em estudos secundários, exigindo rigor metodológico e transparência na apresentação dos resultados para permitir ao leitor identificar as características reais dos estudos incluídos. Entre os métodos disponíveis, a revisão integrativa destaca-se pela sua abrangência, propiciando a inclusão simultânea de diferentes tipologias de estudos proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse (Vilelas, 2025).

Esta revisão procura, portanto, integrar evidências empíricas e teóricas sobre o papel do sentido de vida na experiência da doença crónica, explorando como este influencia processos de aceitação, participação nos cuidados e adaptação familiar. Ao fazê-lo, pretende contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais sensíveis às dimensões existenciais da saúde e para a promoção de cuidados que reconheçam a pessoa e a família como unidades indissociáveis de cuidado.

4.2- Metodologia

4.2.1- Desenho do estudo

O presente estudo consiste numa revisão integrativa da literatura, metodologia que permite a inclusão e a síntese de evidência proveniente de estudos com diferentes abordagens metodológicas, nomeadamente quantitativas, qualitativas e de métodos mistos. A opção por uma revisão integrativa justifica-se pela natureza abrangente do fenómeno em análise, permitindo uma compreensão alargada e aprofundada do conhecimento existente, bem como a identificação de lacunas de investigação e de implicações para a prática clínica, a investigação e a formação em enfermagem. Esta abordagem é particularmente pertinente no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, uma vez que permite integrar evidência centrada simultaneamente no utente e na família enquanto unidade de cuidado.

A revisão foi conduzida de acordo com o referencial metodológico proposto por Whitemore e Knafl (2005), que compreende cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: identificação do problema, pesquisa da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados.

Esta metodologia permite compreender como o sentido de vida é mobilizado ao longo da trajetória da doença crónica, integrando a perspectiva do utente e da família nos diferentes contextos de cuidado, aspeto central da Enfermagem de Saúde Familiar.

4.2.2- Questão de investigação

Uma questão de investigação deve ser clara e precisa, pois, orienta todo o processo de revisão, quer no que respeita aos critérios de inclusão, estratégia de pesquisa, seleção dos estudos ou síntese da informação relevante para lhe dar resposta (Apóstolo, 2017).

A questão de investigação foi formulada com base na estratégia PCC (População, Conceito, Contexto), recomendada para revisões de natureza exploratória e integrativa. A população da revisão inclui utentes com doença crónica e as suas famílias, reconhecendo a família como unidade de cuidado. O conceito central corresponde ao sentido de vida, entendido como a perceção subjetiva de significado, propósito e construção de sentido perante a experiência de doença crónica. O contexto da revisão refere-se aos processos de aceitação da doença e de envolvimento nos cuidados de saúde, incluindo adaptação, coping, participação ativa, autogestão e envolvimento da família. A questão orientadora da revisão foi: **Qual é a importância da descoberta do sentido de vida na aceitação e no envolvimento nos cuidados de saúde em utentes com doença crónica e suas famílias**

Quadro 7 : PCC

P	População	Utentes com doença crónica e suas famílias
C	Conceito	Sentido de vida
C	Contexto	Aceitação da doença e envolvimento nos cuidados de saúde

4.2.3 - Estratégia de pesquisa da literatura

Assegurando a coerência entre a questão de investigação, os objetivos do estudo e os termos utilizados na pesquisa bibliográfica. Optou-se por uma estratégia sensível e abrangente do fenómeno em análise, adequada à natureza exploratória da revisão integrativa, com o refinamento realizado nas fases subsequentes de seleção e de análise dos estudos.

A pesquisa foi realizada em bases de dados eletrônicas relevantes nas áreas da saúde e da enfermagem, nomeadamente Medline, Cinahl e SciELO em janeiro de 2026. Foram utilizados descritores controlados e palavras-chave em texto livre, adequados a cada base de dados, combinados através de operadores booleanos AND e OR. Os termos de pesquisa operacionalizaram os três componentes do modelo PCC.

A descrição detalhada das estratégias de pesquisa utilizadas em cada base de dados encontra-se no quadro 8, conforme as recomendações do PRISMA-S para o relato de estratégias de pesquisa em revisões sistemáticas e integrativa

Este quadro descreve, de forma detalhada, transparente e reprodutível, 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)

Princípios gerais da pesquisa

- As pesquisas foram realizadas desde a criação de cada base de dados em 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.
- Sempre que aplicável, utilizou-se o operador booleano NOT para excluir literatura no contexto de cuidados paliativos.

Quadro 8 - Estratégia de pesquisa (MEDLINE, CINAHL e SciELO).

Base de dados / plataforma de pesquisa/data de pesquisa	Estratégia de pesquisa	Resultados
MEDLINE (via PubMed) Data da pesquisa: janeiro de 2026 Limites aplicados: Nenhum	((("Chronic Disease"[MeSH] OR chronic disease*[tiab] OR chronic illness*[tiab] OR long-term condition*[tiab]) AND ("Meaning in Life"[tiab] OR meaning-making[tiab] OR "purpose in life"[tiab] OR life meaning[tiab] OR existential[tiab]) AND (patient*[tiab] OR adult*[tiab] OR famil*[tiab] OR caregiver*[tiab]) AND (adaptation[tiab] OR adjustment[tiab] OR acceptance[tiab] OR coping[tiab] OR engagement[tiab] OR involvement[tiab] OR self-management[tiab])) NOT "palliative care"	95
CINAHL (via EBSCHOnhost) Data da pesquisa: janeiro de 2026 Limites aplicados: Nenhum	((MH "Chronic Disease+" OR TI (chronic disease* OR chronic illness* OR long-term condition*) OR AB (chronic disease* OR chronic illness* OR long-term condition*)) AND (TI ("meaning in life" OR meaning-making OR "purpose in life" OR life meaning OR existential) OR AB ("meaning in life" OR meaning-making OR "purpose in life" OR life meaning OR existential)) AND (TI (patient* OR adult* OR famil* OR caregiver*) OR AB (patient* OR adult* OR famil* OR caregiver*)) AND (TI (adaptation OR adjustment OR acceptance OR coping OR engagement OR involvement OR self-management) OR AB (adaptation OR adjustment OR acceptance OR coping OR engagement OR involvement OR self-management))) NOT (TI "palliative care" OR AB "palliative care")	53
SciELO (via SciELO platform) Data da pesquisa: janeiro de 2026 Limites aplicados: Nenhum	("doença crónica" OR "doença crônica" OR "enfermedad crónica") AND ("sentido de vida" OR "sentido de la vida")	3

4.2.4- Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos primários que abordassem explicitamente o sentido de vida, ou conceitos conceptualmente relacionados como meaning in life, purpose in life ou meaning-making, em utentes com doença crónica e/ou nas suas famílias. Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados, sequencialmente, nas fases de triagem por título e resumo e de avaliação do texto integral.

Consideraram-se elegíveis estudos que analisassem a relação entre o sentido de vida e os processos de aceitação da doença, adaptação e envolvimento nos cuidados de saúde, independentemente do desenho metodológico adotado.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, comentários, estudos de caso isolados, dissertações, teses e literatura cinzenta não sujeita a revisão por pares. Excluíram-se ainda estudos desenvolvidos exclusivamente no contexto de cuidados paliativos, uma vez que o enquadramento conceptual e experiencial do fim de vida difere do foco desta revisão, centrado nos processos de adaptação e envolvimento ao longo da vivência da doença crónica

4.2.5- Processo de seleção dos estudos

O processo de seleção dos estudos foi conduzido de forma sistemática e apresentado através de um fluxograma elaborado de acordo com as recomendações do PRISMA 2020, assegurando transparência e rastreabilidade metodológica. Após a remoção de duplicados, os registos foram submetidos à triagem por título e resumo, seguida da avaliação do texto integral dos artigos potencialmente elegíveis.

A gestão das referências, a identificação de duplicados e o registo das decisões de inclusão e exclusão foram realizados com recurso à plataforma Rayyan QCRI.

4.2.6- Extração dos dados

A extração dos dados foi realizada por meio de uma tabela de extração previamente construída, de modo a garantir a uniformização e a consistência das informações recolhidas. Para cada estudo incluído, registaram-se os autores, o ano e o país de publicação, os objetivos, o desenho metodológico, as características da população, o enquadramento conceptual do sentido de vida, bem como os principais resultados relativos à aceitação da doença e ao envolvimento dos utentes e das famílias nos cuidados de saúde.

4.2.7- Análise e síntese dos dados

A análise dos dados correspondeu à fase de análise preconizada por Whitemore e Knafl, envolvendo comparação constante entre os estudos incluídos e integração progressiva dos resultados. Os resultados dos estudos incluídos foram analisados de forma aprofundada, permitindo a identificação de padrões, convergências e divergências entre os diferentes contributos. A partir deste processo emergiram categorias e subcategorias temáticas que refletem o papel atribuído ao sentido de vida nos processos de aceitação da doença crónica e de envolvimento nos cuidados de saúde por parte dos utentes e das suas famílias.

A síntese dos resultados foi desenvolvida de forma narrativa, procurando integrar evidência proveniente de diferentes abordagens metodológicas, mantendo a coerência interpretativa e respeitando a complexidade do fenómeno em estudo.

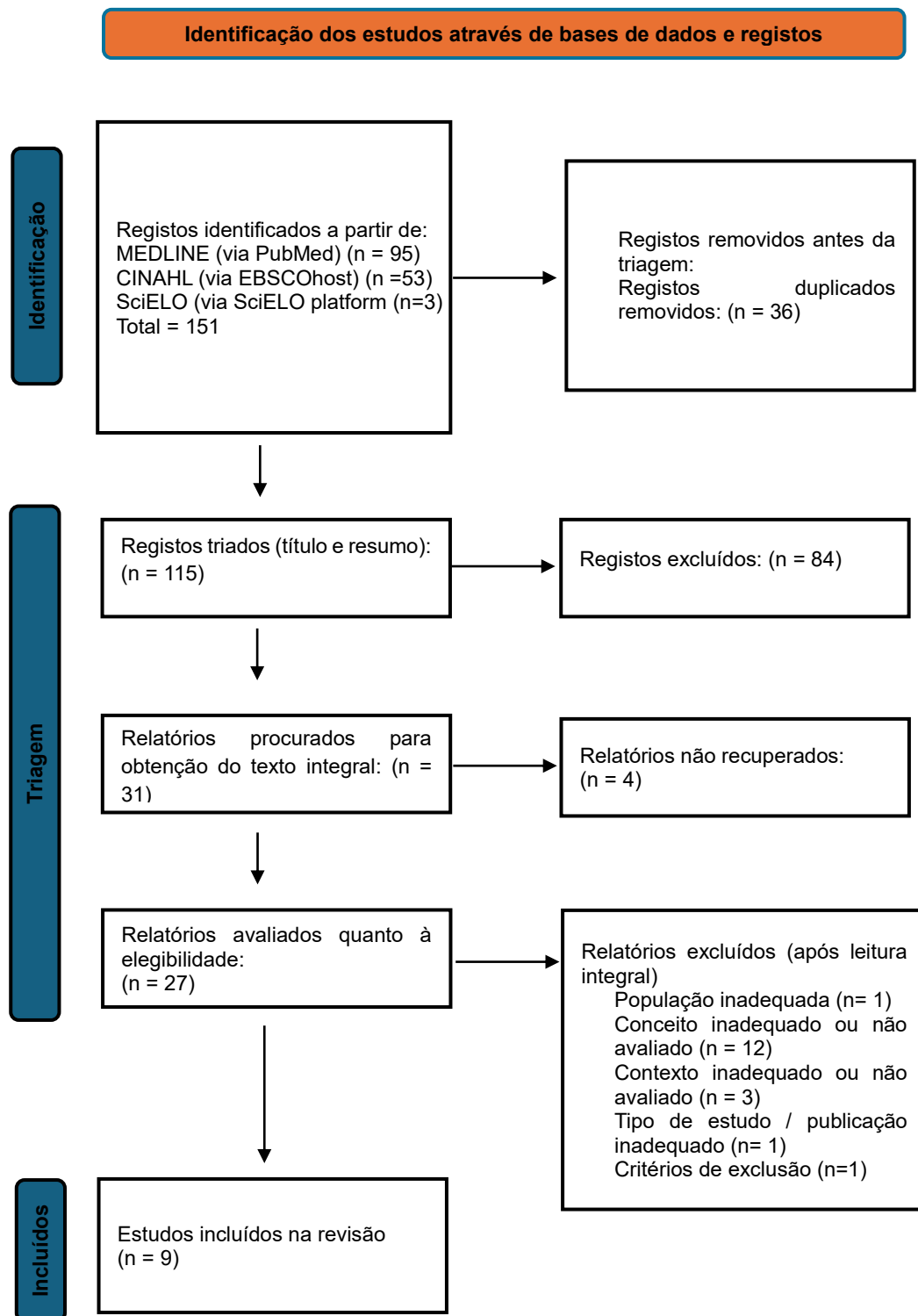
Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, baseada exclusivamente em estudos previamente publicados, não foi necessária aprovação por uma comissão de ética. Foram, no entanto, respeitados os princípios éticos da investigação científica, nomeadamente a integridade académica, a transparência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

4.3- Resultados

4.3.1-Processo de identificação e seleção dos estudos

O processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos seguiu as recomendações do PRISMA 2020, conforme sintetizado no fluxograma apresentado.

Figura 6 - Diagrama de fluxo PRISMA.



A pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost) e SciELO identificou 151 registos. Após a remoção de 36 duplicados, 115 registos únicos foram avaliados na triagem por título e resumo. Destes, 84 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, principalmente devido à inadequação da população, do conceito ou do contexto em estudo.

Dos 31 artigos potencialmente relevantes, 27 foram recuperados em texto integral, pois quatro não estavam disponíveis. Após a leitura integral e avaliação da elegibilidade, 18 artigos foram excluídos, principalmente por não avaliarem explicitamente o conceito de sentido de vida, apresentarem contextos desalinhados aos objetivos da revisão ou não corresponderem ao tipo de estudo definido nos critérios de inclusão.

No final do processo, nove estudos atenderam integralmente aos critérios de elegibilidade e foram incluídos na síntese integrativa.

4.3.2- Caracterização geral dos estudos incluídos

Os nove estudos incluídos demonstram diversidade metodológica, conceitual e contextual, o que possibilita uma compreensão abrangente do papel do sentido de vida na experiência da doença crónica.

Quanto ao desenho metodológico, quatro estudos utilizaram abordagem qualitativa, quatro adotaram abordagem quantitativa e um empregou metodologia mista, integrando dados qualitativos e quantitativos. Essa diversidade permite uma análise complementar do fenómeno, articulando processos subjetivos de construção de significado com associações empíricas entre sentido de vida, adaptação e envolvimento nos cuidados de saúde.

Os estudos foram conduzidos em diversos países (Europa, América do Norte, América do Sul e Ásia) e em múltiplos contextos assistenciais, incluindo cuidados de saúde primários, contextos comunitários, programas domiciliares, cuidados hospitalares especializados e serviços clínicos diferenciados. Essa variedade de contextos reforça a relevância dos resultados para a Enfermagem de Saúde Familiar, cuja prática se caracteriza pela continuidade e articulação entre diferentes níveis de prestação de cuidados.

As populações analisadas abrangem adultos e idosos com diferentes condições crónicas, incluindo cancro, dor crónica, insuficiência renal crónica, DPOC, diversas doenças crónicas não transmissíveis e Long Covid. Em vários estudos, a família e o contexto relacional são identificados como elementos relevantes na experiência da doença, embora nem sempre sejam considerados como unidade formal de análise.

4.3.3- Síntese temática dos resultados

A análise integrativa dos resultados identificou quatro eixos temáticos principais, que refletem as contribuições dos estudos para a compreensão do papel do sentido de vida na doença crónica:

1. Conceptualização e dimensões do sentido de vida na vivência da doença crónica;
2. Relação entre sentido de vida e processos de aceitação/adaptação à doença;
3. Relação entre o sentido de vida e o envolvimento nos cuidados de saúde.
4. Papel do contexto relacional e familiar

Estes eixos foram definidos a partir da comparação sistemática dos resultados dos estudos incluídos, considerando as convergências conceituais e empíricas entre diferentes abordagens metodológicas.

Conceptualização e dimensões do sentido de vida na vivência da doença crónica

Os estudos incluídos evidenciam que o sentido de vida é conceptualizado como um constructo multidimensional, dinâmico e relacional, que se transforma ao longo da trajetória da doença crónica (Ferreira-Valente et al., 2021; Lieberwerth & Niemeijer, 2024; Maiello et al., 2022).

Nos estudos quantitativos, o sentido de vida é operacionalizado através de dimensões como a presença de significado, a procura de significado e as fontes de sentido, incluindo família, valores pessoais, espiritualidade, autocuidado, desenvolvimento pessoal e contributo social (Batzlaff et al., 2024; Cong et al., 2024; Ortiz et al., 2021). Nestes estudos, o sentido de vida é frequentemente conceptualizado como um recurso psicológico associado ao bem-estar e à adaptação à doença crónica.

Nos estudos qualitativos e mistos, o sentido de vida emerge sobretudo como um processo de construção de significado (meaning-making), envolvendo a integração da condição crónica na identidade pessoal, a reorganização temporal da experiência de vida e a redefinição de objetivos, prioridades e papéis sociais (Ferreira-Valente et al., 2021; Lieberwerth & Niemeijer, 2024; Maiello et al., 2022; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018). A doença crónica é descrita como um evento potencialmente desestruturante do sentido de vida prévio, exigindo processos contínuos de reconstrução de significado para restaurar coerência, propósito e valor pessoal.

De modo consistente, os estudos indicam que o sentido de vida não é um atributo estático, mas sim um processo contínuo de reconstrução, fortemente influenciado pelos contextos relacional, cultural e temporal da experiência com a doença crónica.

Sentido de vida e aceitação/adaptação à doença

Todos os estudos incluídos evidenciam uma associação consistente entre o sentido de vida e os processos de aceitação e adaptação à doença crónica, ainda que conceptualizados e avaliados de forma distinta.

Nos estudos qualitativos, a aceitação da doença é descrita como um processo ativo, não linear e progressivo, frequentemente emergente dos processos de construção de significado (Ferreira-Valente et al., 2021; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018). A aceitação não é entendida como resignação passiva, mas como uma integração gradual da condição crónica na vida quotidiana, mediada por valores pessoais, crenças culturais, relações familiares e esperança (Lieberwerth & Niemeijer, 2024). A reconstrução do sentido de vida permite transformar o sofrimento em experiência vivível, possibilitando a redefinição de metas, identidades e projetos de vida.

Nos estudos quantitativos, a aceitação e a adaptação são avaliadas de forma indireta, através de indicadores como o ajustamento emocional, a sensação de controlo, a qualidade de vida e a reconfiguração do sistema de valores pessoais. A presença de maior sentido de vida associa-se de forma consistente a melhores indicadores adaptativos em pessoas com cancro, DPOC e outras doenças crónicas (Batzlaff et al., 2024; Carreno et al., 2023; Ortiz Rodríguez et al., 2021). Em particular, a adaptação de valores pessoais e o alinhamento entre valores e comportamentos surgem como mecanismos centrais associados à adaptação à doença crónica (Carreno et al., 2023; Maiello et al., 2022).

De forma geral, os resultados sugerem que a aceitação da doença está intimamente relacionada à capacidade de atribuir e reconstruir significado diante das perdas, limitações e mudanças impostas pela condição crónica.

Sentido de vida e envolvimento nos cuidados de saúde

Os estudos incluídos também demonstram uma relação consistente entre o sentido de vida e o envolvimento ativo nos cuidados de saúde, embora esse conceito seja operacionalizado de diferentes maneiras.

Nos estudos quantitativos, o envolvimento nos cuidados é predominantemente avaliado através da autogestão da doença, incluindo comportamentos relacionados com a medicação, o exercício, a alimentação, a gestão emocional e o envolvimento familiar e social. O sentido de vida surge como um preditor significativo da autogestão, mediando a relação entre recursos psicológicos, o funcionamento familiar e os comportamentos de cuidado. Em pessoas com DPOC e em idosos com doença crónica, níveis mais elevados de sentido de vida associam-se a maior envolvimento em comportamentos de autocuidado e melhor adaptação funcional (Batzlaff et al., 2024; Cong et al., 2024).

Nos estudos qualitativos e mistos, o envolvimento nos cuidados é descrito como um processo relacional e contextual, envolvendo a participação ativa nas decisões terapêuticas, a reorganização da vida quotidiana, o autocuidado adaptativo e o envolvimento da família enquanto unidade de cuidado (Ferreira-Valente et al., 2021; Maiello et al., 2022; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018). Em contextos de doença crónica emergente, como a Long Covid, o envolvimento ocorre frequentemente fora do sistema formal de saúde, através de comunidades de pares, estratégias de advocacia e construção de redes de apoio, evidenciando desafios no reconhecimento clínico e no apoio institucional (Lieberwerth & Niemeijer, 2024).

De modo transversal, os estudos sugerem que o envolvimento nos cuidados está fortemente associado à capacidade de agir de maneira congruente com os valores e significados reconstruídos ao longo da experiência com a doença crónica.

Papel do contexto relacional e familiar

Embora nem todos os estudos analisem explicitamente a família como unidade de cuidado, diversos resultados destacam o papel central do contexto relacional e familiar na construção do sentido de vida, na aceitação da doença e no envolvimento nos cuidados de saúde (Cong et al., 2024; Mok et al., 2004; Maiello et al., 2022).

A família surge como fonte de sentido, motivação para o coping, suporte emocional e facilitadora da adaptação à doença crónica. Em estudos quantitativos, o funcionamento familiar medeia a relação entre o sentido de vida e a autogestão da doença (Cong et al., 2024). O apoio familiar e o convívio próximo funcionam como um fator protetor essencial, fortalecendo a resiliência e facilitando a adaptação da pessoa à doença crónica (Ortiz Rodriguez et al., 2021). Nos estudos qualitativos, as responsabilidades familiares, os papéis sociais e os valores relacionais influenciam significativamente os processos de aceitação e envolvimento nos cuidados (Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018).

Estes resultados reforçam a importância de uma abordagem centrada na pessoa e na família, em consonância com os princípios da Enfermagem de Saúde Familiar.

4.3.4- Síntese global dos resultados

A síntese integrativa dos estudos incluídos indica que o sentido de vida atua como um elemento central na vivência da doença crónica, influenciando de forma consistente os processos de aceitação e adaptação, bem como o envolvimento ativo nos cuidados de saúde. A evidência sugere que não é apenas a atribuição de significado que se revela relevante, mas, sobretudo, a capacidade de reconfigurar valores, redefinir objetivos e agir de forma congruente com os significados reconstruídos ao longo da trajetória da doença.

Os resultados apresentados constituem a base para a discussão que se segue, na qual serão analisados à luz da literatura científica e das implicações para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar.

Quadro 9 - Síntese dos estudos incluídos sobre sentido de vida, aceitação/adaptação e envolvimento nos cuidados de saúde na doença crónica

Ortiz Rodríguez et al., 2021	
País	Colômbia
Contexto	Comunitário
População / Doença crónica	Idosos (≥60 anos) com e sem doença crónica
Abordagem do sentido de vida	Sentido de vida enquanto recurso psicológico (Purpose in Life Test – PIL)
Principais resultados relevantes	Adultos com doença crónica apresentaram níveis significativamente mais baixos de sentido de vida comparativamente a adultos sem doença crónica
Contributo para a revisão	Evidencia impacto negativo da doença crónica no sentido de vida, sugerindo relevância deste constructo nos processos de adaptação

Siqueira et al., 2018	
País	Brasil
Contexto	Hospitalar especializado
População / Doença crónica	Adultos com dor facial neuropática crónica refratária
Abordagem do sentido de vida	Significado existencial do sofrimento; autotranscendência; reconstrução de projetos de vida
Principais resultados relevantes	A construção de sentido de vida permitiu aceitação progressiva da dor crónica e envolvimento ativo nas decisões terapêuticas
Contributo para a revisão	Demonstra o papel central do sentido de vida na aceitação da cronicidade e no envolvimento nos cuidados em contextos clínicos complexos

Carreno et al., 2023	
País	Espanha
Contexto	Hospitalar e comunitário
População / Doença crónica	Adultos com cancro
Abordagem do sentido de vida	Reavaliação de valores pessoais; significado e paz (PMP-B; FACIT-Sp)
Principais resultados relevantes	A adaptação de valores associou-se a maior sentido de vida e melhor qualidade de vida; envolvimento em ações congruentes com valores foi preditor de adaptação
Contributo para a revisão	Evidencia que a adaptação do sentido de vida está associada à aceitação da doença e ao envolvimento no autocuidado

Cong et al., 2024	
País	China
Contexto	Cuidados de Saúde Primários / comunitário
População / Doença crónica	Idosos com doenças crónicas
Abordagem do sentido de vida	Fontes de sentido de vida (SMSE)
Principais resultados relevantes	O sentido de vida foi preditor significativo da autogestão e mediou a relação entre funcionamento familiar e envolvimento nos cuidados
Contributo para a revisão	Demonstra empiricamente o papel do sentido de vida e da família no envolvimento ativo nos cuidados

Batzlaff et al., 2024	
País	EUA
Contexto	Programa domiciliário / cuidados especializados
População / Doença crónica	Adultos com DPOC
Abordagem do sentido de vida	Presença e procura de sentido de vida (MLQ)
Principais resultados relevantes	Maior presença de sentido de vida associou-se a melhor autogestão, melhor qualidade de vida e menor ansiedade e depressão
Contributo para a revisão	Evidencia associação entre sentido de vida, adaptação funcional e envolvimento nos cuidados em doença respiratória crónica

Lieberwerth & Niemeijer, 2024	
País	Países Baixos
Contexto	Comunitário
População / Doença crónica	Adultos com Long Covid
Abordagem do sentido de vida	Perda, alteração e reconstrução do sentido de vida
Principais resultados relevantes	A doença crónica desorganizou o sentido de vida, exigindo processos contínuos de meaning-making para aceitação e envolvimento
Contributo para a revisão	Evidencia processos de reconstrução de significado em doença crónica emergente e desafios no envolvimento nos cuidados

Ferreira-Valente et al., 2021	
País	EUA
Contexto	Comunitário
População / Doença crónica	Adultos com dor crónica
Abordagem do sentido de vida	Meaning Making Model; discrepância entre significado global e situacional
Principais resultados relevantes	A aceitação da dor emergiu após processos de meaning-making, associados a ajustamento de objetivos e adaptação da vida quotidiana
Contributo para a revisão	Sustenta teoricamente a relação entre sentido de vida, aceitação da doença e adaptação

Mok et al., 2004	
País	China (Hong Kong)
Contexto	Hospitalar
População / Doença crónica	Adultos com insuficiência renal crónica
Abordagem do sentido de vida	Sentido de vida, valores culturais e familiares
Principais resultados relevantes	O sentido de vida e as responsabilidades familiares motivaram coping ativo, aceitação da doença e adesão aos cuidados
Contributo para a revisão	Evidencia o papel da família e dos valores culturais na aceitação e no envolvimento nos cuidados

Maiello et al., 2022	
País	Itália
Contexto	Cuidados de Saúde Primários / comunitário
População / Doença crónica	Adultos com doenças crónicas não transmissíveis
Abordagem do sentido de vida	Construção de significado da doença; Sense of Grip on Disease (SoGoD)
Principais resultados relevantes	Perfis com maior construção de significado apresentaram maior aceitação da doença e níveis mais elevados de envolvimento nos cuidados
Contributo para a revisão	Demonstra associação entre construção de sentido, aceitação da doença e engagement em cuidados de saúde

Nota. DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

4.4- Discussão

A discussão de um trabalho de investigação representa um momento de análise crítica e reflexiva, no qual se procura estabelecer a articulação entre os resultados obtidos e a questão de investigação que lhes deu origem (Fortin, 2009).

A presente revisão integrativa sugere que o sentido de vida constitui uma dimensão relevante na vivência da doença crónica, influenciando os processos de aceitação, adaptação e envolvimento nos cuidados de saúde. Estes achados assumem particular pertinência no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, na medida em que a experiência da doença crónica não se restringe ao indivíduo, repercutindo-se também na dinâmica relacional, nos papéis familiares e na forma como a família participa no processo de cuidado (Cong et al., 2024; Mok et al., 2004; Maiello et al., 2022; Ortiz Rodríguez et al., 2021). A discussão que se segue procura interpretar os resultados obtidos à luz dos estudos incluídos, articulando-os com a relevância disciplinar da Enfermagem de Saúde Familiar e com a prática clínica vivenciada nos ensinamentos clínicos.

Conceptualização e dimensões do sentido de vida na vivência da doença crónica

Os estudos incluídos mostram, de forma consistente, que a doença crónica pode assumir um carácter disruptivo, exigindo da pessoa processos de reorganização emocional, relacional e existencial. Nesta revisão, o sentido de vida emerge precisamente como uma dimensão que ajuda a compreender essa reorganização, enquanto processo de reconstrução de significado ao longo da trajetória da doença. Para além das perdas visíveis e concretas da capacidade funcional, autonomia, papéis sociais e qualidade de vida, a doença crónica implica frequentemente uma necessidade de reajustamento da forma como a pessoa compreende a sua vida, o seu futuro e o seu lugar nas relações significativas. Neste sentido, o impacto da cronicidade não se limita à dimensão física, estendendo-se à esfera identitária, relacional e existencial, aspetos particularmente relevantes para a compreensão da experiência da pessoa e da família em Enfermagem de Saúde Familiar (Ferreira-Valente et al., 2021; Lieberwerth & Niemeijer, 2024; Maiello et al., 2022; Siqueira et al., 2018).

Neste contexto, o sentido de vida emerge como um recurso psicológico, existencial e relacional particularmente relevante para a adaptação à doença crónica, influenciando a forma como a pessoa compreende a doença, mobiliza estratégias de coping e se envolve nos cuidados de saúde. Os estudos incluídos nesta revisão convergem ao mostrar que o sentido de vida não é um atributo estático, mas um processo dinâmico de construção e reconstrução de significado que acompanha o percurso da doença (Ferreira-Valente et al., 2021; Lieberwerth & Niemeijer, 2024; Maiello et al., 2022; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018). Esta perspetiva é coerente com o modelo multidimensional proposto por Steger (2012), que conceptualiza o sentido de vida como composto por compreensão e propósito, enfatizando que o significado é continuamente desenvolvido, defendido e reajustado ao longo do tempo. Assim, perante a disrupção provocada pela doença crónica, a pessoa procura integrar a experiência no seu sistema de significado, preservando, tanto quanto possível, um sentido de coerência e continuidade.

Os estudos analisados mostram que o sentido de vida pode ser operacionalizado em múltiplas dimensões. Nos estudos quantitativos, surge através de dimensões como a presença de significado, a procura de significado e as fontes de sentido, incluindo família, valores pessoais, espiritualidade, autocuidado e contributo social. Já nos estudos qualitativos e mistos, emerge sobretudo como processo de meaning-making, envolvendo integração da doença na identidade, redefinição de prioridades e reorganização de objetivos e papéis sociais. Estas dimensões permitem compreender como o sentido de vida se manifesta e influencia a forma como a

pessoa enfrenta a condição crónica. A reconstrução de significado envolve reavaliar valores pessoais, integrar a doença na identidade, redefinir prioridades e objetivos e transformar sofrimento em possibilidade de crescimento pessoal (Carreno et al., 2023; Ferreira-Valente et al., 2021; Maiello et al., 2022; Siqueira et al., 2018).

Os estudos quantitativos incluídos (Ortiz Rodriguez et al. 2021; Cong et al., 2024; Batzlaff et al., 2024; Carreno et al., 2023) reforçam esta compreensão ao evidenciar que níveis mais elevados de significado, esperança, otimismo e resiliência se associam a melhores indicadores de bem-estar emocional, espiritual e psicológico, bem como a melhor adaptação à doença crónica. Em alguns destes estudos, o contexto familiar surge como elemento relevante, quer como fonte de sentido, quer como facilitador de comportamentos de autogestão e de adaptação à condição de saúde (Cong et al., 2024; Ortiz Rodríguez et al., 2021).

Por outro lado, os estudos qualitativos e mistos convergem ao mostrar que a adaptação à doença crónica depende dos processos de construção e reconstrução de significado (Ferreira-Valente et al., 2021; Lieberwerth & Niemeijer, 2024; Maiello et al., 2022; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018). Em Siqueira et al. (2018), mesmo perante uma dor crónica persistente, os participantes revelam a capacidade de autotranscendência e de criação de novos significados, permitindo redefinir metas e desenvolver comportamentos de adaptativos.

O estudo sobre Long Covid mostra que esta condição pode transformar profundamente o significado atribuído à vida, sobretudo devido ao isolamento, à perda de capacidades, e à dificuldade em retomar o funcionamento anterior (Lieberwerth & Niemeijer, 2024). Em articulação com o estudo de Ferreira-Valente et al. (2021), estes resultados sugerem que a adaptação à doença crónica ultrapassa a gestão de sintomas, envolvendo processos de reconstrução de significado, redefinição de objetivos e reorganização da forma como a pessoa compreende a sua própria experiência de vida.

Apesar da diversidade de condições estudadas Long Covid, DPOC, cancro, dor crónica, insuficiência renal e outras doenças não transmissíveis os resultados revelam padrões surpreendentemente semelhantes de perda, procura e reconstrução de significado. Esta convergência reforça a ideia de que o impacto da doença crónica ultrapassa a dimensão física, afetando também a esfera emocional, relacional e existencial. Assim, o sentido de vida não se limita a ser um recurso interno, mas constitui um processo ativo e transformador de reorganização da experiência, com clara relevância para a compreensão e acompanhamento da pessoa e da família em Enfermagem de Saúde Familiar (Ferreira-Valente et al., 2021; Lieberwerth & Niemeijer, 2024; Maiello et al., 2022; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018; Batzlaff et al., 2024; Carreno et al., 2023; Cong et al., 2024; Ortiz Rodríguez et al., 2021).

A relevância destes achados tornou-se particularmente evidente durante os ensinamentos clínicos, em situações em que a doença crónica e as suas consequências funcionais alteravam profundamente a autonomia, a imagem corporal e o projeto de vida da pessoa. Num dos casos acompanhados, a perda funcional associada à amputação tornou visível que a aceitação da nova condição não dependia apenas da reabilitação física, mas também da reconstrução de significado, de um suporte familiar sólido, crenças pessoais bem estruturadas e da redefinição de objetivos de vida. Ao longo do acompanhamento, tornou-se evidente que a aceitação da nova condição física não emergiu de forma imediata nem contínua, mas antes como um processo ativo e gradual, no qual a pessoa foi atribuindo sentido ao sofrimento e reconstruindo os seus papéis na vida. Esta experiência clínica não substitui a evidência científica, mas ilustra de forma clara a pertinência dos resultados desta revisão para o contexto real da Enfermagem de Saúde Familiar.

Sentido de vida e aceitação/ adaptação à doença

Os resultados da revisão sugerem que o sentido de vida se revela um motor no envolvimento nos cuidados de saúde e está intimamente relacionado com os processos de aceitação e adaptação à doença crónica.

Nos estudos qualitativos, a aceitação surge como um processo ativo, progressivo e não linear, sustentado pela capacidade de reconstruir significado perante perdas, limitações e mudanças impostas pela condição crónica. Nos estudos quantitativos, esta relação é inferida através de melhores indicadores de ajustamento emocional, qualidade de vida e reorganização de valores pessoais. Assim, a aceitação não é descrita como resignação passiva, mas como integração progressiva da doença na vida quotidiana, possibilitando redefinir metas, identidades e projetos de vida de forma mais coerente com a nova condição de saúde (Ferreira-Valente et al., 2021; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018; Batzlaff et al., 2024; Carreno et al., 2023; Ortiz Rodríguez et al., 2021).

Três estudos incluídos, convergem ao demonstrar que a adaptação à dor crónica depende de processos de reconstrução do sentido de vida. Siqueira et al. (2018) evidenciam que a aceitação da dor surge através da redefinição de metas e da transformação do sofrimento por meio da construção de significado. De forma alinhada, Ferreira-Valente et al. (2021) confirmam que essa adaptação resulta de processos de assimilação e acomodação que permitem atribuir novo sentido à experiência, conduzindo a aceitação, crescimento pessoal e reorganização da vida. De forma complementar, Ferreira-Valente et al. (2021) reconhecem que intervenções baseadas no Meaning Making de Park (2010) incluindo abordagens como a logoterapia enfatizam a liberdade pessoal, os pontos fortes, o significado e o propósito de vida, atribuindo à pessoa um papel ativo na mudança.

O estudo de Lieberwerth & Niemeijer (2024) mostra que o Long Covid provoca uma rutura profunda no sentido de vida devido ao isolamento e à perda de capacidades. Perante essa rutura, os doentes têm de reconstruir significado e reajustar identidade e crenças para se adaptarem à nova condição.

Nos estudos quantitativos, a aceitação e a adaptação são avaliados através de indicadores como ajustamento emocional, sensação de controlo, qualidade de vida e reorganização dos valores. De forma consistente, níveis mais elevados de sentido de vida associam-se a melhores resultados adaptativos, sobretudo pela capacidade de alinhar valores pessoais com comportamentos promotores de saúde. Estes resultados são coerentes com evidência externa, nomeadamente o estudo de Purc-Stephenson e Edwards (2024), que sugere melhor ajustamento emocional e maior bem-estar subjetivo entre pessoas com doença crónica que conseguem encontrar significado na sua experiência de doença.

Quatro estudos analisados Ortiz Rodríguez et al.(2021), Carreno et al. (2023), Batzlaff et al. (2024) e Maiello et al. (2022) convergem na mesma direção de forma consistente ao demonstrar que o sentido de vida é um fator central na adaptação à doença crónica. Ortiz Rodríguez et al.(2021) mostram que otimismo e resiliência são dimensões associadas ao sentido de vida promovem maior adesão ao tratamento e bem-estar psicológico. Carreno et al. (2023) evidenciam que a adaptação ao cancro depende da reavaliação dos valores e da reconstrução do significado pessoal, o que melhora autoestima e qualidade de vida. Batzlaff et al. (2024) confirmam que a presença de significado se associa a melhor autogestão, maior apoio social e menor ansiedade e depressão. Por fim, Maiello et al. (2022) acrescentam que a adaptação resulta de processos cognitivos e emocionais de construção de sentido, que podem ser promovidos em intervenção clínica.

Em conjunto, estes estudos sugerem que a adaptação à doença crónica não depende apenas da gestão de sintomas, mas sobretudo da capacidade de reconstruir significado, reorganizar valores e integrar a doença numa narrativa de vida coerente. O sentido de vida emerge, assim, como uma dimensão transversal do ajustamento psicológico e funcional, associando-se a melhor bem-estar emocional, maior resiliência, e maior envolvimento nos cuidados, promovendo a autogestão e facilitando uma relação mais ativa e saudável com a condição de saúde. Não é apenas a doença que transforma a vida da pessoa, é o sentido que ela atribui à sua experiência de doença que determina como vive, enfrenta e se envolve nos cuidados. Estes achados reforçam a importância de compreender a experiência da doença não apenas em termos clínicos, mas também em termos de significado atribuído pela pessoa e pela família à condição vivida (Batzlaff et al., 2024; Carreno et al., 2023; Ferreira-Valente et al., 2021; Maiello et al., 2022; Siqueira et al., 2018).

A análise dos estudos incluídos permitiu reconhecer, com maior clareza, a relevância do sentido de vida nos processos de aceitação, adaptação e envolvimento nos cuidados em contexto de doença crónica. À luz da prática clínica e dos ensinamentos clínicos realizados, tornou-se particularmente significativo constatar que dimensões como esperança, valores pessoais, espiritualidade e reconstrução de significado surgem de forma consistente associadas a uma vivência mais adaptativa da doença. Esta constatação reforça a necessidade de integrar estas dimensões na leitura clínica da pessoa e da família, especialmente em contextos de Enfermagem de Saúde Familiar (Carreno et al., 2023; Ferreira-Valente et al., 2021; Siqueira et al., 2018).

Sentido de vida e envolvimento nos cuidados de saúde

De forma transversal, os estudos incluídos sugerem que o envolvimento do doente com doença crónica nos cuidados de saúde está associado à capacidade de a pessoa agir de forma coerente com os valores e significados que vai reconstruindo ao longo da experiência da doença, assumindo um papel mais ativo no seu percurso de cuidados (Batzlaff et al., 2024; Cong et al., 2024; Ferreira-Valente et al., 2021; Maiello et al., 2022; Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018).

Os estudos incluídos mostraram que o capital psicológico, composto por recursos como esperança, otimismo, resiliência e autoeficácia, surge como um elemento central na forma como as pessoas enfrentam a doença crónica. Indivíduos com níveis mais elevados deste recurso tendem a reconhecer aspetos positivos da sua vida, mobilizar estratégias de forma mais eficazes para lidar com o sofrimento e manter uma postura mais ativa perante os desafios da condição.

O estudo de Cong et al. (2024) sugere que recursos como o capital psicológico, o funcionamento familiar e as fontes de significado na vida se articulam de forma positiva com a autogestão em pessoas idosas com doença crónica. Este achado aponta para um possível papel mediador do sentido de vida na relação entre recursos individuais, contexto familiar e comportamentos de cuidado. Ainda assim, os resultados da revisão sugerem também que o envolvimento nos cuidados não se esgota nas dimensões intrapsicológicas, emergindo igualmente da forma como a pessoa integra a doença na sua vida quotidiana e reorganiza o seu posicionamento face à condição de saúde.

Os resultados da revisão sugerem igualmente que o envolvimento nos cuidados depende da capacidade de a pessoa integrar a doença numa nova forma de viver, ajustando expectativas, prioridades e modos de autocuidado. Neste sentido, a participação ativa nos cuidados parece relacionar-se não apenas com competências instrumentais de autogestão, mas também com processos de reorganização identitária e de reconstrução de significado ao longo da trajetória da doença crónica.

Maiello et al. (2022) centraram-se nos processos de construção de sentido e significado na adaptação psicológica à doença não transmissível, os seus resultados evidenciaram claramente o papel ativo dos pacientes na gestão da própria condição de saúde. A eficácia do modelo Sense of Grip on Disease destaca-se precisamente por permitir compreender como as pessoas atribuem significado à doença e como esses significados regulam a sua adaptação. O estudo identificou duas dimensões fundamentais deste modelo: uma ligada ao processamento cognitivo da doença e outra relacionada com o processamento emocional e a partilha social. Esta articulação entre cognição, emoção e interação social revela que promover o Sense of Grip não só fortalece a capacidade de integrar a doença na vida quotidiana, como também incentiva os pacientes a envolverem-se de forma mais ativa e consciente na gestão da sua condição, reforçando o seu papel enquanto participantes informados nos cuidados de saúde.

O envolvimento nos cuidados assume também uma dimensão relacional e contextual, expressando-se na participação ativa nas decisões terapêuticas, na reorganização da vida quotidiana e no papel impulsionador da família enquanto parceira no processo de cuidado. Assim, quando a pessoa encontra significado na sua vivência e dispõe de suporte familiar consistente, torna-se mais capaz de integrar a doença na sua vida de forma adaptativa e de participar ativamente no seu tratamento. Neste sentido, torna-se evidente que o envolvimento ativo do doente não pode ser dissociado do contexto familiar em que está inserido, uma vez que os significados reconstruídos ao longo da doença são profundamente influenciados pelas interações familiares e pelo suporte emocional e prático que estas proporcionam.

Papel do contexto relacional e familiar

Embora nem todos os estudos incluídos analisem explicitamente a família como unidade de cuidado ou unidade formal de análise, os resultados convergem ao destacar o papel central do contexto relacional e familiar na construção do sentido de vida, na aceitação da doença e no envolvimento nos cuidados de saúde (Cong et al., 2024; Mok et al., 2004; Maiello et al., 2022). A família surge como fonte de sentido, suporte emocional, motivação para o coping e facilitadora da adaptação à condição crónica. Em conjunto, estes contributos sublinham que a adaptação à doença não depende apenas dos recursos individuais, sendo também moldada pela qualidade das relações de apoio que sustentam a pessoa ao longo do processo de viver com uma condição crónica.

No estudo quantitativo de Cong et al. (2024), observa-se uma relação positiva entre o funcionamento familiar e a autogestão em pessoas idosas com doenças crónicas. Compreende-se que os comportamentos de autogestão tendem a ocorrer no contexto familiar e que um bom funcionamento familiar proporciona apoio emocional positivo, estabilidade relacional e coesão familiar, promovendo bem estar. Por outro lado, Mok et al. (2004) destacam a relevância do coping relacional, sublinhando o apoio, a comunicação e a interdependência com os outros constituem elementos essenciais na forma como as pessoas enfrentam a doença crónica. Os resultados do presente estudo reforçam esta perspetiva, ao evidenciar que as dinâmicas entre pacientes e famílias assumem um papel determinante na adaptação ao stress e à doença. Esta perspetiva encontra eco na experiência clínica vivenciada durante o estágio, onde os utentes frequentemente referiam que o apoio da família lhes dava força para continuar a viver e que a doença era percecionada como um problema partilhado. Estas narrativas reforçam a ideia de que a adaptação não é apenas um processo individual, mas profundamente enraizado na qualidade das relações familiares, que funcionam como um recurso emocional e prático essencial. Assim, os dados da literatura e a evidência observada no contexto de cuidados convergem ao sublinhar que a presença de uma rede familiar envolvida e responsiva contribui significativamente para o bem-estar e para a capacidade de enfrentar os desafios inerentes à condição crónica.

O apoio familiar e a proximidade relacional surgem como fatores protetores importantes, reforçando a resiliência e promovendo uma adaptação mais eficaz à doença crónica (Ortiz Rodriguez et al., 2021). Nos estudos qualitativos, destaca-se que responsabilidades familiares, papéis sociais e valores relacionais moldam de forma significativa os processos de aceitação e o grau de envolvimento da pessoa nos cuidados (Mok et al., 2004; Siqueira et al., 2018). Assim, o significado na vida emerge como um mecanismo psicológico relevante, capaz de integrar dimensões emocionais, relacionais e comportamentais, contribuindo para uma compreensão mais abrangente dos processos de adaptação e gestão da doença crónica. Neste enquadramento, torna-se evidente que a família não atua apenas como contexto envolvente, mas como um elemento dinamizador da adaptação, o que é corroborado por Rosland et al. (2012), ao demonstrarem que o apoio familiar e a proximidade relacional constituem fatores protetores fundamentais, promovendo resiliência, autogestão e aceitação da condição crónica. Deste modo, a família assume um papel ativo na construção de significado, influenciando diretamente a forma como a pessoa interpreta, integra e responde à experiência de viver com uma doença crónica.

A experiência vivenciada durante o estágio reforçou de forma clara a evidência encontrada na literatura, mostrando que a família desempenha um papel central na adaptação à doença crónica. No contacto direto com os utentes, tornou-se evidente que a presença familiar funcionava como um elemento estruturante na aceitação da condição e no envolvimento nos cuidados. Em múltiplas situações, observei familiares a apoiar ativamente a pessoa doente em tarefas técnicas, como a administração de medicação, a monitorização de sintomas ou a organização do regime terapêutico, assumindo um papel essencial na continuidade dos cuidados. Para além do suporte prático, a família oferecia também um suporte emocional constante, acompanhando os utentes às consultas, esclarecendo dúvidas e ajudando a interpretar orientações clínicas. Este envolvimento traduzia-se numa perceção de maior segurança e confiança por parte dos doentes, que frequentemente verbalizavam sentir-se apoiados e menos sobrecarregados pela doença. Em muitos casos, esta presença familiar contribuía para que a vivência da doença fosse percecionada como mais leve e manejável, facilitando a aceitação e promovendo uma adaptação mais positiva. Esta observação empírica confirma que o contexto familiar não só influencia a construção de significado, como também sustenta comportamentos de autocuidado e fortalece a capacidade de enfrentar a cronicidade.

Ainda que estes resultados ofereçam contributos relevantes, permanece uma lacuna importante na literatura no que respeita à análise sistemática e aprofundada do papel da família na construção de sentido, na aceitação da doença e no envolvimento nos cuidados. Embora a família surja repetidamente como elemento estruturante da adaptação à doença crónica, raramente é estudada como unidade formal de cuidado ou de investigação. Seria, por isso, pertinente desenvolver estudos que explorem de forma mais profunda o impacto do sentido de vida dos familiares na adaptação e na autogestão da pessoa doente, bem como estudos longitudinais que permitam compreender a evolução destes processos ao longo do tempo. Importa ainda referir que nenhum dos estudos incluídos nesta revisão foi realizado em contexto português, o que limita a transferibilidade direta dos resultados para a realidade nacional da Enfermagem de Saúde familiar.

É relevante referir que, apesar de o tema do sentido de vida ter vindo a ganhar visibilidade na literatura internacional, o número de estudos encontrados nesta revisão que o abordam de forma aprofundada continua reduzido, evidenciando a necessidade de investigação mais robusta e sistemática nesta área. Ainda assim, a diversidade metodológica, conceptual e contextual dos estudos incluídos permitiu uma compreensão alargada do fenómeno, reforçando a ideia de que o sentido de vida constitui uma dimensão relevante para a interpretação da experiência da doença crónica e para a prática da Enfermagem de Saúde Familiar.

4.5- Conclusão

Esta revisão integrativa contribuiu para aprofundar a compreensão e responder de forma consistente à questão de investigação sobre a importância da descoberta do sentido de vida na aceitação e envolvimento nos cuidados de saúde em utentes com doença crónica e suas famílias. Responder de forma sustentada a esta questão possibilitou um entendimento mais aprofundado do conceito de sentido de vida no contexto da doença crónica, integrando com maior clareza e fundamentação os contributos apresentados na literatura.

Esta revisão permitiu ainda compreender o sentido de vida como uma dimensão relevante na experiência da doença crónica, com implicações na aceitação da doença, na adaptação e no envolvimento nos cuidados de saúde. Demonstra que o sentido de vida é uma variável multidimensional, dinâmica e profundamente relacional, que se transforma ao longo de todo o percurso da doença crónica. Longe de corresponder a uma característica fixa, o sentido de vida manifesta-se como um processo contínuo de construção e reconstrução, influenciado pelos contextos relacionais, culturais e pelo próprio curso temporal da doença. Os estudos incluídos mostram que este conceito é operacionalizado através de dimensões como a presença e a procura de significado, as fontes de sentido (a família, amigos, Deus, o trabalho,...) e a capacidade de atribuir coerência à experiência vivida, surgindo associado ao bem-estar e à adaptação à doença crónica.

Os estudos sugerem ainda que a aceitação da doença está intimamente ligada à capacidade da pessoa para atribuir e reconstruir significado perante as perdas, limitações e mudanças impostas pela condição crónica. Do mesmo modo, o envolvimento nos cuidados de saúde surge associado à possibilidade de agir de forma coerente com os valores, prioridades e significados que vão sendo redefinidos ao longo do processo de viver com a doença crónica.

De igual modo, torna-se evidente que o contexto familiar desempenha um papel estruturante na construção de significado e na adaptação à doença, funcionando como fonte de suporte emocional, motivacional, e influenciando diretamente a forma como a pessoa se envolve no seu processo terapêutico, como compreende a doença e a integra na sua identidade. Apesar desta relevância, observa-se uma escassez de estudos que explorem de forma aprofundada a participação da família na construção do sentido de vida, revelando uma lacuna importante na literatura e uma oportunidade para investigações futuras.

Esta compreensão teórica alcançou ainda mais profundidade quando confrontada com a minha experiência nos ensinamentos clínicos, onde se tornou impossível ignorar a força transformadora do sentido de vida na vivência da doença crónica. Muitas vezes interroguei-me, como é que pessoas profundamente debilitadas pela sua condição de saúde conseguiram manter a esperança de que dias melhores viriam. Observava utentes com limitações severas, dor persistente e perdas significativas, e perguntava-me como era possível continuarem a demonstrar coragem para seguir em frente, reorganizar a sua vida e adaptar-se a uma realidade tão exigente. À luz da minha visão inicial, marcada pela percepção da gravidade e irreversibilidade de algumas doenças, considerava quase incompreensível que alguém não desistisse perante tamanha adversidade.

Foi precisamente neste confronto entre a minha percepção e a vivência real das pessoas que se tornou evidente a dimensão existencial do sentido de vida. O que a literatura descreve e que a prática confirma é que o sentido de vida funciona como um eixo interno que sustenta a pessoa mesmo quando tudo o resto parece ruir. É preditor de esperança, confere controlo ao sofrimento inevitável, permite reinterpretar a dor crónica e promover autoeficácia para o seu controlo, transforma a vulnerabilidade em possibilidade de realização pessoal. O sentido de vida não elimina a doença/ dor crónica, mas define a forma (valores) como a pessoa

decide viver essa experiência: se focada na doença ou na essência da vida (fonte de sentido – força). É este sentido que permite que alguém profundamente fragilizado encontre motivos para continuar, reorganize prioridades, mantenha vínculos, preserve a dignidade, força essa que muitas vezes surpreende até os profissionais que o acompanham.

Esta constatação, vivida no contacto direto com os utentes, reforçou de forma inequívoca aquilo que a evidência científica demonstra: o sentido de vida é um recurso existencial de extrema importância, capaz de sustentar a adaptação, promover a aceitação e impulsionar o envolvimento nos cuidados. Ele é, simultaneamente, âncora e motor, âncora que estabiliza a pessoa no meio da incerteza e motor que a impulsiona a continuar a viver, mesmo quando a doença parece querer interromper o caminho.

A experiência vivenciada nos ensinamentos clínicos reforçou a pertinência destes achados, mostrando que a adaptação à doença crónica não depende apenas da gestão clínica da condição, mas também da capacidade de reconstruir significado perante a nova realidade vivida.

Em síntese, os resultados desta revisão reforçam a relevância do sentido de vida como dimensão clinicamente importante na vivência da doença crónica e sublinham a necessidade de práticas de enfermagem mais sensíveis à dimensão existencial ou holística da saúde. Para a Enfermagem de Saúde Familiar, implica reconhecer a pessoa e a família como unidade indissociável de cuidado, integrando no processo assistencial não apenas a gestão da doença, mas também os significados, valores, vínculos e recursos que sustentam a adaptação à condição crónica.

4.6- Implicações Na Prática Clínica

Os resultados desta revisão sublinham a importância de integrar, na prática clínica, a atenção a recursos psicológicos e existenciais, como resiliência, otimismo, esperança e sentido de vida no acompanhamento de pacientes com doença crónica. Para os enfermeiros de família, que conhecem e acompanham os utentes e suas famílias ao longo do tempo e em diferentes momentos da trajetória da doença, construindo relações que permitem um cuidado verdadeiramente personalizado e significativo, esta avaliação representa uma oportunidade para identificar precocemente sinais de vulnerabilidade emocional, diminuição da esperança ou fragilidade no sentido de vida, orientando intervenções mais sensíveis aos recursos internos, ao coping adaptativo e às necessidades existenciais da pessoa e da família (Cong et al., 2024; Batzlaff et al., 2024; Ortiz Rodríguez et al., 2021).

Muitos instrumentos de medida resultantes de teorias de enfermagem, de médio alcance baseados na Logoterapia foram já desenvolvidos, nomeadamente, por Joyce Travelbee o Modelo de Relação Pessoa a Pessoa, adotado por várias autoras e traduzido e validado para o contexto cultural português europeu por Vítor Parola, Adriana Coelho, Olga Fernandes e João Apóstolo (2020); Pamela Reed, the "Self-Transcendence Scale (STS)", traduzida e validada para o contexto cultural português europeu por Barros (2014); Patricia Starck, the "Guidelines – Meaning in Suffering Test (MIST)" também traduzido e validado para o contexto cultural português europeu por Barros (2014). Também uma Filosofia do Cuidado em Enfermagem que visa o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar desenvolver a competência para a orientação na descoberta de sentido de vida - promotor de esperança, realização pessoal, autotranscendência e autoeficácia para controlar a dor crónica e o sofrimento inevitável, designada de Competência para o Cuidado incondicional Proativo (CoCIP) (Barros, 2014; Kraus et al., 2021; Kraus & Silva, 2023). Estes instrumentos constituem um apoio complementar na identificação de necessidades existenciais e na clarificação de dimensões como valores, propósito, significado atribuído à experiência e fontes de esperança. A inclusão da família como parceira no processo de cuidado revela-se igualmente relevante, não apenas como fonte de suporte emocional e motivacional, mas também como elemento ativo na construção de significado ao longo da trajetória da doença. Neste contexto, o desenvolvimento e avaliação de intervenções familiares centradas na construção de sentido constituem uma área promissora e particularmente relevante para a Enfermagem de Saúde Familiar (Cong et al., 2024; Mok et al., 2004; Maiello et al., 2022).

Os resultados desta revisão convidam também a refletir sobre a forma como os enfermeiros cuidam de pessoas com doença crónica e suas famílias. Em muitos contextos, a prática clínica permanece fortemente centrada na doença, nos parâmetros biomédicos e na gestão terapêutica, deixando por vezes em segundo plano as dimensões emocionais, relacionais e existenciais da experiência de viver com uma condição prolongada. Esta análise sugere a existência de fragilidades, nomeadamente ao nível do tempo disponível para escuta profunda, da integração da família no processo assistencial e da preparação para abordar dimensões como esperança, resiliência e sentido de vida. Torna-se, assim, claro ampliar o olhar para além da doença, incorporando as necessidades psicológicas, relacionais e existenciais que sustentam a adaptação à doença crónica. Neste enquadramento, a escuta atenta, a presença relacional e o apoio emocional assumem um papel relevante no acompanhamento da pessoa e da família ao longo da experiência da doença crónica (Ferreira-Valente et al., 2021; Maiello et al., 2022; Siqueira et al., 2018).

O enfermeiro pode explorar estas dimensões através de perguntas orientadas para aquilo que é importante para a pessoa e para a família, bem como através de estratégias de avaliação e entrevistas adequadas ao contexto clínico.

Ao longo da minha experiência e ensinamentos clínicos, tornou-se evidente que a maioria dos enfermeiros desconhecem o conceito de sentido de vida e o seu impacto na adaptação à doença crónica, o que revela uma lacuna formativa importante. Por isso, seria altamente benéfico integrar, no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, conteúdos específicos sobre sentido de vida, significado e propósito, de modo a capacitar os profissionais para uma prestação de cuidados mais individualizada, humanizada e sensível às dimensões existenciais da pessoa e da família. Importa ainda reconhecer que o cuidado espiritual, tal como preconizado no Guia Orientador da Ordem dos Enfermeiros, constitui uma dimensão fundamental do cuidar, oferecendo aos enfermeiros ferramentas para apoiar a pessoa e a família na procura de significado, esperança e sentido ao longo da experiência de doença crónica.

Neste contexto, torna-se particularmente pertinente integrar o modelo do cuidar baseado nas forças, que assume particular relevância no acompanhamento de pessoas com doença crónica, ao deslocar o foco do défice para as capacidades, recursos e potenciais da pessoa e família. Para os enfermeiros de família, que acompanham os utentes de forma continuada e relacional, o cuidar baseado nas forças constitui uma oportunidade para promover autonomia, reforçar autoestima, apoiar a reconstrução de significado e potenciar a participação ativa nos cuidados. Ao valorizar aquilo que a pessoa/ família ainda são capazes de fazer e aquilo que dá sentido à vida, este modelo contribui para um cuidado mais centrado na pessoa/ família e alinhado com as necessidades existenciais e emocionais de quem vive com doença crónica.

Conclusão Integrativa

A realização deste relatório permitiu-me analisar de forma crítica todo o percurso desenvolvido. Embora tenha sido um processo exigente, revelou-se profundamente enriquecedor e permitiu o desenvolvimento gradual das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, acompanhado de desenvolvimento pessoal.

Este relatório abriu caminho para aprofundar um dos eixos fundamentais da prática em Saúde Familiar: o papel central da família nos cuidados de saúde. A família deixou de ser apenas o contexto onde o indivíduo se insere e passou a constituir-se como unidade de cuidados e alvo direto da intervenção do enfermeiro de família. Esta mudança de paradigma implicou uma transformação significativa na forma como o enfermeiro observa, avalia e intervém, exigindo competências especializadas que sustentem uma prática clínica rigorosa, ética e centrada na complexidade das dinâmicas familiares.

Ao longo do percurso formativo e dos ensinamentos clínicos, tornou-se evidente que cuidar da família requer muito mais do que a soma das intervenções dirigidas aos seus membros. Exige a capacidade de compreender a família como sistema, reconhecer padrões relacionais, identificar forças e vulnerabilidades, e intervir de forma sensível às transições que marcam o seu ciclo vital. Para tal, o domínio dos modelos teóricos de enfermagem familiar, bem como das técnicas, instrumentos de avaliação e intervenção familiar e as abordagens centradas nas forças revelou-se essencial para sustentar decisões clínicas fundamentadas e promover ganhos em saúde efetivos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar assume, assim, um papel central na promoção da literacia, na facilitação de processos adaptativos e na mobilização de recursos internos e externos que potenciem o bem-estar familiar. Esta prática exige competências específicas, clínicas, relacionais, éticas e investigativas que foram desenvolvidas e consolidadas ao longo do mestrado, permitindo uma intervenção mais consciente, crítica e transformadora. A aquisição de competências permite-me desenvolver de forma consistente a capacidade de intervir junto das famílias de modo integrado, reconhecendo-as simultaneamente como unidade e como conjunto de indivíduos em permanente evolução ao longo do ciclo vital. Esta abordagem permitiu-me compreender e apoiar de forma mais sensível as transições que marcam a vida familiar, promovendo a sua capacitação e participação ativa no processo de cuidados. simultaneamente, consolidei a competência de gerir, articular e mobilizar recursos adequados às necessidades de cada família, garantindo uma intervenção fundamentada, coordenada e orientada para a promoção do seu bem-estar global.

A experiência em contexto real de cuidados, reforçou a convicção de que a presença de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar nos Cuidados de Saúde Primários é determinante para a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que estes profissionais contribuem para melhores resultados em saúde, maior satisfação das famílias e maior eficiência dos serviços, confirmando a pertinência e urgência de investir na expansão desta especialidade.

Paralelamente a este percurso prático, outra dimensão igualmente desafiante e enriquecedora marcou este processo formativo, a realização da revisão integrativa da literatura sobre a importância da descoberta do sentido de vida na aceitação e envolvimento nos cuidados de saúde em utentes com doença crónica e suas famílias, que exigiu um aprofundamento teórico rigoroso e uma análise crítica sustentada.

Olhar para trás e revisitar todo o processo desta revisão integrativa é reconhecer o quanto este caminho me desafiou e transformou. A escolha do tema o sentido de vida não foi simples. Trata-se de um assunto ainda pouco explorado, muitas vezes desconhecido ou até evitado por muitos profissionais de saúde. Talvez por isso mesmo tenha sentido que precisava de o trazer para a luz.

Ao mergulhar na literatura, percebi o quanto este conceito é essencial para compreender verdadeiramente as pessoas e as famílias que cuidamos. O sentido de vida não é um detalhe abstrato; é uma força impulsionadora a razão que sustenta, orienta e dá significado às experiências de saúde e doença. É um recurso ao dispor do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar capacitado para o CoCIP que humaniza o cuidado, tornando-o mais próximo daquilo que cada pessoa realmente necessita para viver com esperança, independentemente do diagnóstico e o prognóstico da sua doença crónica.

Ainda assim, apesar de todo o trabalho realizado, sinto com humildade que o meu conhecimento sobre esta temática está longe de estar completo. Há um caminho longo e exigente pela frente um caminho que implica estudo, reflexão, abertura e, sobretudo, a coragem de enfrentar preconceitos que ainda persistem quando se fala de espiritualidade no contexto da saúde.

Foi essa consciência que me levou a dar um primeiro passo concreto partilhar este tema no meu local de trabalho e no local de estágio, através de formações e momentos de reflexão conjunta. Pequenos gestos, talvez, mas que acredito poderem abrir espaço para novas conversas, novas práticas e novas formas de cuidar.

Quero continuar a aprofundar este tema, não apenas por interesse académico, mas porque sinto, de forma muito genuína, que este conhecimento pode fazer a diferença, convicta de que o desenvolvimento de competências nesta área pode constituir um contributo real para a Enfermagem de Saúde Familiar. Acredito que, ao integrar esta dimensão na minha prática, posso fazer a diferença na vida dos utentes e suas famílias e mesmo que de forma discreta promover cuidados mais humanos, mais completos e mais alinhados com aquilo que dá sentido à existência de cada pessoa. Neste percurso, comecei a desenvolver uma escuta ativa das narrativas dos doentes, reconhecendo nelas não apenas informação clínica, mas sobretudo significados, expectativas e fragilidades que moldam a forma como cada pessoa vive a sua condição. Tenho-me mantido atenta aos processos de recuperação, apoiando as pessoas ao longo do seu percurso e respondendo às necessidades que emergem em cada etapa. Esta prática tem reforçado em mim a consciência da necessidade imperativa de compreender a jornada transformadora da identidade na doença crónica, iluminando as experiências subtis e os processos adaptativos que as pessoas atravessam. Ao clarificar estas dinâmicas, consigo apoiar de forma mais sensível e eficaz os indivíduos na gestão das suas condições, contribuindo para que encontrem novos equilíbrios e reconstruam sentidos possíveis dentro da sua nova realidade.

Referências bibliográficas

- Aguiar, A. (2024). Curriculum Vitae, Volume I. Coordenação do Internato da Unidade Local de Saúde do Oeste.
- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto.
- Alto Comissariado para a Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Análise dos Planos Nacionais de Saúde de Outros Países*. Lisboa: Alto Comissariado para a Saúde.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Lousã: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Assembleia da República. (1979). *Lei n.º 56/79, de 15 de setembro*. Diário da República, I Série, (214). <https://www.dre.pt>
- Barros, T. M. K. B. H. (2014). *Sentido de vida da pessoa com dor crónica* (Tese de mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Batzlaff, C., Roy, M., Hoult, J., & Benzo, R. (2024). *Meaning in life: A novel factor for promoting well-being in COPD*. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal of the COPD Foundation*, 11(4), 341–349. <https://doi.org/10.15326/jcopdf.2023.0476>
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). *Patient self-management of chronic disease in primary care*. *JAMA*, 288(19), 2469–2475. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Caldeira, S., 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.
- Carreno, D. F., Eisenbeck, N., Uclés-Juárez, R., & García-Montes, J. M. (2023). *Reappraising personal values in cancer: Meaning-in-life adaptation, meaningfulness, and quality of life*. *Psycho-Oncology*, 32, 1905–1917. <https://doi.org/10.1002/pon.6244>
- Carvalho, A. L. (2005). Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget
- Cong, Z., Huo, M., Jiang, X., & Yu, H. (2024). *Factors associated with the level of self-management in elderly patients with chronic diseases: A pathway analysis*. *BMC Geriatrics*, 24, 377. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04956-9>
- Cotrim, H., Figueiredo, M. (2023). Gestão da doença crónica e ciclo de vida familiar. In M. H. Figueiredo (Ed), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.227-228). Lidel Editora
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto do ministério da saúde. Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº102/2023 de 7 de novembro da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da (2023).

Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Saúde Sustentável: de todos para todos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano nacional de Saúde 2004-2010. (volumes I e II)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Definição da doença crónica*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa. Direcção-Geral de Saúde.

Duarte, E. D., Braga, P. P., Guimarães, B. R., da Silva, J. B., & Caldeira, S. (2022). A qualitative study of the spiritual aspects of parenting a child with Down syndrome. *Healthcare*, 10(3), 546. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030546>

Ferreira-Valente, A., Fontes, F., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. P. (2021). *The meaning making model applied to community-dwelling adults with chronic pain*. *Journal of Pain Research*, 14, 2295–2311. <https://doi.org/10.2147/JPR.S308607>

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.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. URI: <http://hdl.handle.net/10216/20569>.

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

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

Fonseca, A. M. L. P., Penaforte, M. H. O., Caldeira, S. M. A. B., Silva, C. M. J. S., Romeiro, J. M., & Martins, H. T. (2021). *Guia orientador de boas práticas: Cuidado espiritual prestado por enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.

Fortin, M., (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lisboa. Lusociência.

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>

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed). Lisboa. Lusociência.

Henriques, C. M. G., & Jesus Santos, E. J. d. (2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31-40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>.

Hupkens, S., Goumans, M., Derkx, P., & Machielse, A. (2020). *Nurses' attunement to patients' meaning in life – A qualitative study of experiences of Dutch adults ageing in place* (Preprint). Research Square.

International Council of Nurses. (2008). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.

International Council of Nurses. (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: "Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care"* (Edição portuguesa). Ordem dos Enfermeiros. (ISBN 978-989-96021-9-9)

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.

Kraus, T., Capela, S., Rodrigues, M. A., & Dixe, M. A. (2021). Tradução, adaptação cultural e validação do Meaning in Suffering Test para português europeu. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20069. DOI: [10.12707/RV20069](https://doi.org/10.12707/RV20069)

Kraus, T., Moreira da Silva, M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp.392-397). Lidel editora

Lieberwerth, M., & Niemeijer, A. (2024). *Lost and changed meaning in life of people with Long Covid: A qualitative study*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19, 2289668. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2289668>

Machado, M. M. (2009). Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Instituto de Educação e Psicologia. Disponível em WWW: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese de Mestrado - Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o cont.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%Aautico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf)>

Maiello, A., Auriemma, E., De Luca Picione, R., Pacella, D., & Freda, M. F. (2022). *Giving meaning to non-communicable illness: Mixed-method research on sense of grip on disease (SoGoD)*. *Healthcare*, 10(7), 1309. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071309>

Martins, Iara; Basile, Luciana; Garlete, Martinez; Bellini, Maria (2009). Família cuidadora: a (re) organização familiar frente ao adoecimento. *Anais do 1º simpósio sobre famílias*. Tubarão: Unisul.

Martins, M., Martinho, M., Carvalho, J., Fernandes, I. & Barbieri-Figueiredo, C., (2012). Enfermagem e Família: concepções dos enfermeiros em unidades de internamento. In Carvalho, J. (Ed). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf. 44-54).

McCubbin, M., McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel- Bissel & P. Winstead Fry (Eds). *Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). St Louis: Mosby- Year Book.

Meleis, A.I. (2010) Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company, New York.

Mok, E., Lai, C., & Zhang, Z.-X. (2004). *Coping with chronic renal failure in Hong Kong*. International Journal of Nursing Studies, 41, 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.001>

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem (Vol. 1). *Ordem dos Enfermeiros. Lisboa*.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: Série II, N.º 124 (2015). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária de 25 de novembro de 2017. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto_2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: Série II, N.º 135 (2018). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: Série II, N.º 26 (2019). Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro: *Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Diário da República, 2.ª série. <https://www.dre.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas: Cuidado espiritual prestado por enfermeiro* (Ana Maria L. P. Fonseca, M. H. O. Penaforte, S. M. A. C. Berenguer, C. M. J. S. Silva, J. M. Romeiro, & H. T. Martins, Eds.). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-68-4.

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Relatório Bienal 2020-2021. Ordem dos Enfermeiros.

Organização mundial da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários*. Alma-Ata: Organização Mundial da Saúde [online]. Disponível em : <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%o-Alma-Ata.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

- Ortiz Rodríguez, E., Forero, Q. L. F., Arana, C. L. V., & Polanco, V. M. (2021). Resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida en el adulto mayor con y sin enfermedad crónica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(2), 219–231. <https://doi.org/10.15332/22563067.7117>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <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), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RV20010>
- Park, C. L. (2008). Testing the meaning making model of coping with loss. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(9), 970–994. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.9.970> (doi.org in Bing)
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Petronilho, Fernando (2008). A transição da família para o exercício do papel de cuidadora. Universidade
- Purc-Stephenson, R. J., & Edwards, R. (2024). *Finding meaning in chronic illness and its relationship to psychological well-being: A mixed-methods study*. *PLOS Mental Health*, 1(4), e0000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000121>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento
- Ribeiro, E.C. (2005). Existência e Corporeidade: a questão da psicossomática na abordagem fenomenológico-existencial. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia Fenomenológico Existencial.
- Ribeiro, I.D. (2014). Adaptação à doença inflamatória intestinal: a influência do stress, sentido de vida e coping na qualidade de vida. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Acedido em https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=589912
- Rosland, A. M., Heisler, M., & Piette, J. D. (2012). The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 221–239.  Acesso gratuito via PubMed Central: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319328/>
- Sapeta, A. P. G. A. (1997). *A família face ao doente terminal hospitalizado: o caso particular do HAL* (Tese de mestrado). Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/13312>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). Nova fase da organização do SNS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>
- Siqueira, S. R. D. T. (2018). Existential meaning of patients with chronic facial pain. *Journal of Religion and Health*, 57, 1125–1132. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0583-5>

Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, 23(4), 381–385. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2012.720832> (doi.org in Bing)

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

Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro. (2025). Manual de Acolhimento a novos elementos. Caldas da Rainha.

Vilelas, J. (2025). Investigação: O processo de construção do conhecimento (4.ª ed.). Edições Sílabo.

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>

World Health Organization. (2000). Deuxième conférence ministérielle de l'OMS sur les soins infirmiers et obstétricaux en Europe- Munich Declaration. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108413>

Wright, L., Leahey, M. (2012). Enfermeiras e Famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família. (5ª ed). São Paulo. Roca

APÊNDICE

Apêndice I - Aplicação Do Modelo De Calgary De Avaliação Familiar A Uma Família Da USF

1- Avaliação Familiar Segundo o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar De Calgary

De acordo com Wright & Leahey (2011) 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 . O 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 na Família (MCIF) que analisa o relacionamento entre famílias e enfermeiras, facilitando a intervenção do enfermeiro na família. O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary realiza o estudo da família como um sistema e tem como princípio a existência de subsistemas onde cada membro individualmente ou a família em conjunto interagem, com a finalidade de promover um constante equilíbrio. É um modelo multidimensional abrangendo os conceitos de sistema, cibernética, comunicação e mudança, centrando-se na interação entre todos os membros da família (Wright & Leahey, 2011). O Modelo Calgary de intervenção na Família é um modelo flexível, baseado em pontos fortes, colaborativo e não hierárquico. Ele reconhece a experiência dos membros da família que enfrentam doenças e a especialização das enfermeiras no manuseamento da enfermidade e na promoção da saúde (Wright & Leahey, 2011). De facto, a compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilos de funcionamento da família, permitirá a efetivação de uma prática direcionada para a capacitação funcional da mesma, face às exigências e especificidade do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012). Os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar concentram-se nas dinâmicas internas da família e nas suas relações, na estrutura familiar e no seu funcionamento, assim como no relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente (DRE, 2011). A avaliação da família é uma responsabilidade do enfermeiro especialista, que interage com as mesmas utilizando um método organizado, dinâmico e sistemático de pensamento crítico sobre a saúde familiar. Esse processo envolve a compilação de dados sobre cada família, permitindo a identificação de problemas, a formulação de diagnósticos de enfermagem, prognósticos, objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família. O enfermeiro ajuda na autonomia da família, na adaptação contínua aos processos de saúde/doença, gerindo e organizando os cuidados de saúde e os recursos internos e externos à família (Regulamento nº365, 2015).

1.1- Enquadramento do caso clínico

A avaliação familiar é indicada quando a família está a passar por vários tipos de sofrimento ou rutura decorrente de crise normativa ou acidental e reconhece a doença como um problema familiar. A família ZM é constituída pelo casal Sr^o AM de 77anos e Sr^a AE de 72 anos idosos e ambos reformados. O Sr AM é Hipertenso e diabético tipo 2, com glicemias capilares descompensadas principalmente ao jantar (2h pós-prandial), apresentando glicemias capilares de manhã dentro dos parâmetros normais, é insulino dependente e depende de terceiros para a administração da mesma, uma vez que tanto a Sr^a AE como o Sr^o AM referem não terem capacidade na administração de insulina. Há cerca de uns meses iniciou um quadro de alterações circulatorias ao nível do 3º dedo do pé esquerdo, tendo sido referenciado pela médica de família para a consulta externa do serviço de cirurgia do Centro Hospitalar do Oeste, dessas alterações e após várias avaliações médicas e realização de pensos com regularidade tanto no centro de saúde, como na central de pensos do Centro Hospitalar do Oeste, resultou uma necrose seca com mumificação do respetivo dedo. Realizou eco doppler que diagnosticou doença arterial periférica. Foi referenciado e aguarda consulta de cirurgia vascular no

Hospital de Stª Maria. Após nova consulta de cirurgia no CHO foi-lhe amputado o 3º dedo do pé esquerdo, ficando com ferida aberta, com exposição óssea que lhe provoca dor acentuada. Por complicação e infeção ao nível da úlcera arterial, o Sr AM teve que iniciar antibioterapia. Por não apresentar melhoria do seu quadro clínico foi internado no serviço de cirurgia e iniciou antibioterapia endovenosa. A Srª AE é saudável e é a principal cuidadora do Srº AM que após amputação do 3º dedo se tornou dependente no levantar, é quem cuida da casa e das atividades domésticas, realiza refeições e controla a alimentação de acordo com a dieta diabética, não sendo esta capaz de administrar insulina. Deste casamento, nasceram 3 filhas, a Srª A de 52 anos, com antecedentes de Depressão, causada pela amputação de um membro superior em acidente de trabalho ao seu único filho e pelo surgimento de uma neoplasia da mama a uma das suas irmãs, neste momento também apresenta sintomatologia relacionada com a menopausa que lhe provoca vários transtornos, é casada com o Sr D do qual resultou um filho o NA com 32 anos que mantém uma relação com a Srª L que se disponibilizou a administrar uma vez ao dia insulina ao Sr AM. Para além desta filha existe a D de 46 anos casada com o Sr S de 50 anos, deste relacionamento nasceu o B com 24 anos. A Srª D presta apoio conjuntamente com a Srª L na administração de insulina ao Sr AM. Por fim a terceira filha do casal a Srª C com 36 anos casada com o Sr T de 39 anos, tiveram duas filhas a C de 9 anos e a G de 4 anos ambas com atrasos de aquisição da fala, sendo seguidas em terapia da fala. À Srª C foi diagnosticado um tumor da mama com metastização sem indicação para tratamento cirúrgico desde 2021, tendo sido submetida a tratamentos de quimioterapia, deste tumor resultou uma paralisia facial com ptose. A Srª C é a gestora de saúde do Sr AM, acompanhando-o as consultas e na restante gestão do regime terapêutico. A colheita de dados foi realizada ao longo do ensino clínico. Foram explicados à família ZM os objetivos do trabalho e foram informados que durante as entrevistas qualquer elemento da família poderia estar presente e participar.

1.2- Avaliação Estrutural

No processo de avaliação familiar, é essencial que a enfermeira examine a estrutura da família. Isso inclui identificar os membros que a compõem, analisar os vínculos afetivos existentes entre seus membros em comparação com as relações externas, bem como considerar o seu contexto (Wright & Leahey, 2011). Na Avaliação Estrutural, a primeira dimensão do modelo, subdivide-se em 3 categorias: Estrutura Interna, Estrutura Externa e Contexto

1.2.1- Avaliação Estrutural Interna

Esta dimensão abrange seis subcategorias: a Composição Familiar, Ordem dos Nascimentos, o Género, a Orientação Sexual, os Subsistemas e os Limites.

• Composição Familiar

A composição familiar, no contexto da Enfermagem em Saúde Familiar, refere-se à estrutura e à dinâmica da família, incluído quem são os membros que a compõem, os fortes vínculos emocionais que os une, suas relações, papéis e interações. Essa análise é fundamental para o enfermeiro especialista em saúde familiar, pois permite uma compreensão mais profunda das necessidades de saúde e do contexto em que os indivíduos vivem.

A família ZM é constituída pelo Srº AM de 77 anos, reformado (foi agricultor) casado com a Srª AE de 72 anos também reformada (foi doméstica). Vivem em Sobral da Lagoa e têm três filhas que residem também em Sobral da Lagoa que vivem com as suas famílias. Quanto à tipologia trata-se de uma família nuclear.

• Ordem dos Nascimentos

Por ordem cronológica o Sr AM nasceu a 03-10-1947 e a Srª AE nasceu a 05-10-1953.

- Género

O Género é um conceito que se refere a construções sociais, culturais e históricas relacionadas às identidades, papéis e comportamentos que a sociedade atribui a homens e mulheres. Nesta família coabitam um elemento do género masculino e um elemento do género feminino.

- Orientação sexual

O casal AM e AE apresentam uma orientação heterossexual.

- Subsistemas

A família é um sistema, constituído por subsistemas que se definem em função dos elementos que os constituem, seus papéis e estatutos. Numa família, cada elemento pode pertencer a vários subsistemas diferentes. Nesta família identificam-se dois subsistemas, o subsistema individual que é composto por cada um dos seus membros e o subsistema conjugal é constituído pelo Srº AM e a Srª AE, sendo um sistema horizontal. Uma das funções do subsistema conjugal, é estabelecer limites ou fronteiras que protejam o casal da interferência de outros elementos, permitindo a satisfação das suas necessidades psicológicas. Assim, constitui uma plataforma de apoio para o casal enfrentar o stress intra e extra familiar. (Alarcão, 2000) Outros subsistemas importantes a referir nesta família, são os subsistemas filial/ parental/ fraternal, embora os filhos do casal não coabitem com os pais, estão muito presentes na sua vida diária e são uma fonte de apoio fundamental para o casal, bem como, como o casal, o é para os filhos.

- Limites

Os limites são considerados como linhas divisórias, que permitem regular a passagem de informação entre a família e o meio, bem como, entre os vários subsistemas (Alarcão, 2000). De acordo com Minuchin (1979) citado por Alarcão (2000) distingue três tipos de limites: claros, difusos e rígidos. Os limites claros delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo a troca de influência entre os mesmos. Os limites difusos são marcados por uma grande permeabilidade o que torna difícil a diferenciação dos subsistemas, e os limites rígidos dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas. 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 polo desmembrado (com limites rígidos) (Alarcão, 2000). Relativamente à família ZM, considera-se que os limites do subsistema conjugal são tendencialmente claros, cada um desempenha as suas funções e conhece bem o seu papel. O Sr AM refere que a esposa é um enorme apoio para si, uma vez que é ela que realiza as refeições tendo em conta a dieta diabética, bem como, o auxilia no levante porque neste momento se encontra mais dependente pela amputação do dedo. O casal refere que, antes da situação de doença do Srº AM não abdicavam de ir juntos todos os domingos à missa. No entanto, pela história familiar recolhida, percebemos que houve períodos de emaranhamento e de existência de limites difusos, de acordo com a etapa do ciclo vital que a família se encontrava, pela presença de várias crises acidentais que ocorreram com a filha a Srª C e o neto NA. Com base nas informações fornecidas e considerando os limites existentes, é possível afirmar que a família está mais próxima de ser considerada tendencialmente emaranhada. A família emaranhada fecha-se sobre si mesma, desenvolve um microcosmo próprio, promovendo e alimentando um exagerado nível de intercâmbios e de preocupações entre os diferentes elementos. As distâncias interpessoais são reduzidas e as fronteiras entre gerações, subsistemas e indivíduos são misturadas. O sofrimento de um dos membros da família afeta imediatamente o comportamento dos restantes (Alarcão, 2000).

1.2.2- Avaliação Estrutural Externa

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

• Família extensa

Esta subcategoria abrange a família de origem, a família de procriação, a geração atual e os membros da família adotiva, está relacionada com os elementos que não coabitam com a família nuclear. Os múltiplos laços de lealdade na família extensa podem ser invisíveis, mas são forças influentes na estrutura familiar, pelo que, deve ser avaliado o contato com a família extensa para entender a quantidade e qualidade do apoio. (Wright & Leahey 2011). Relativamente à família extensa, o casal tem um contato muito próximo com todas as filhas. Mantém um contato próximo da namorada do seu neto NA a L, que se encarrega de administrar a insulina alternadamente com a D ao Sr AM. A filha C é a gestora de saúde do Sr AM acompanhando-o e proporcionando o transporte para as consultas e tratamentos. O Sr AM e a Sr^a AE tem um contato muito próximo com as netas C e G, porque a Sr^aAE cuida delas no período escolar devido aos horários de trabalho dos pais e principalmente em períodos de férias escolares.

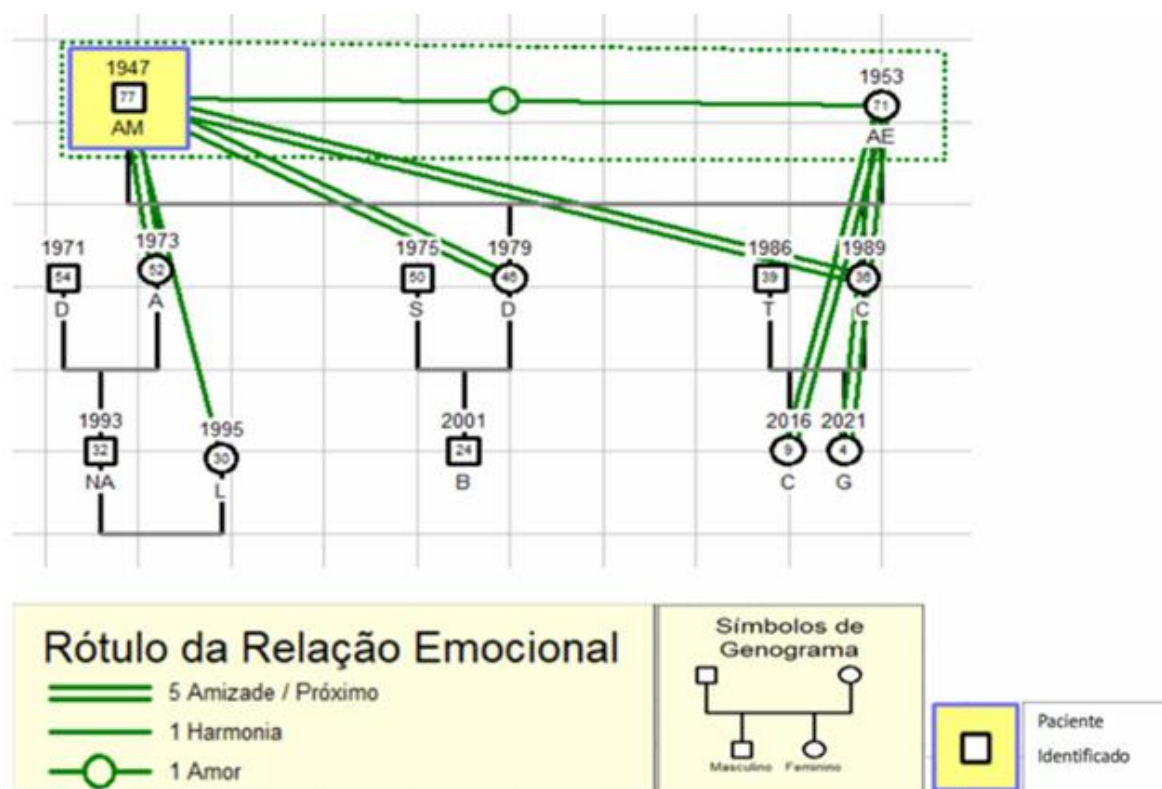


Figura 1 – Genograma da família ZM e respetiva legenda

• Sistemas mais amplos

Esta subcategoria avalia a relação da família com sistemas sociais amplos (instituições ou pessoas significativas fora da família) que oferecem diferentes tipos de ajuda, incluindo trabalho, saúde, educação e serviços sociais. A família ZM tem uma boa relação com os vizinhos, e mantém um vínculo moderado com um casal que vive na mesma rua, recorrendo a eles quando necessário e funcionam como recurso e companhia. Frequentam a Igreja de São Sebastião de Sobral da Lagoa com muita regularidade com a qual mantém um vínculo moderado.

Devido à situação de saúde/ doença do Srº AM, o casal tem um vínculo forte com o sistema de saúde, nomeadamente a Unidade de Saúde Familiar Rafael Bordalo Pinheiro, Pólo Gaeiras e um vínculo moderado com o Centro Hospitalar do Oeste, onde o Srº AM é seguido em consulta externa de cirurgia, onde lhe foi realizada a amputação e atualmente o internamento. Mantém um vínculo forte com as filhas que lhe prestam cuidados, bem como, a L a namorada no neto NA e os restantes netos.

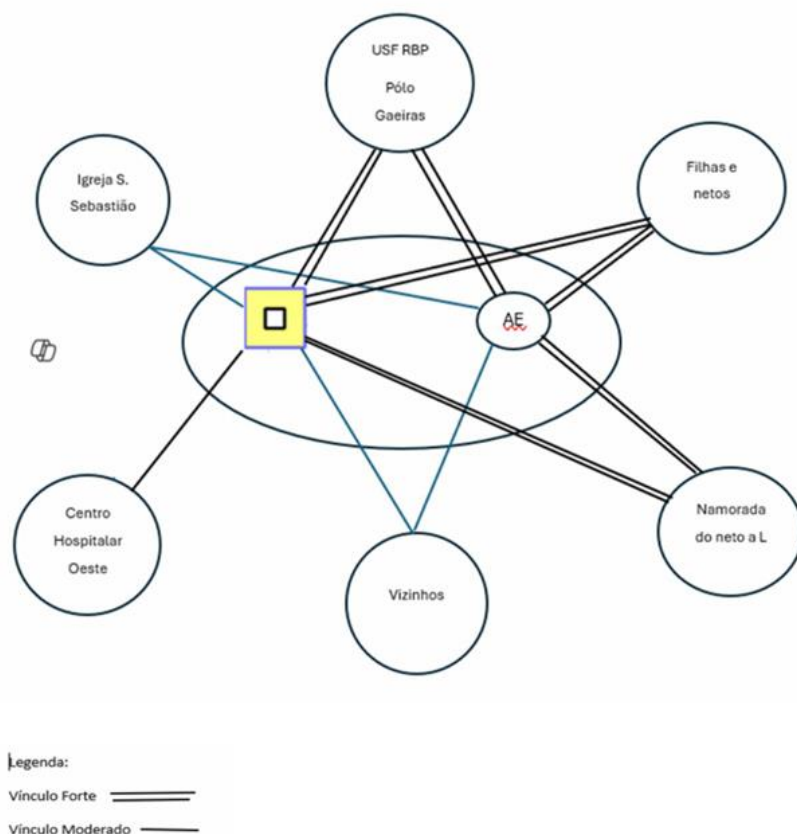


Figura 2 - Ecomapa Família ZM e respetiva legenda

1.2.3- Avaliação Estrutural de Contexto

O contexto é explicado como a situação completa ou as informações básicas relevantes a um fato ou personalidade. O contexto inclui cinco subcategorias: a Etnia, a Raça, a Classe social, a Espiritualidade/e ou Religião e o Ambiente (Wright & Leahey 2011).

- Etnia

Relativamente a etnia, AM e AE são de origem portuguesa.

- Raça

Esta família é de raça caucasiana.

- Classe social

Para avaliar a classe social da família ZM foi aplicada a Escala de Graffar, adaptada (Amaro, 2001), que analisa a estratificação social da família, indicando o nível socioeconómico da mesma, a partir da avaliação de 5 critérios (profissão, nível de instrução mais elevado, origem do rendimento familiar, tipo de moradia e local de residência) (Wright & Leahey, 2011). Nesta família tanto o Sr AM com a Srª AE estão ambos reformados,

provido daí os seus rendimentos. O Sr AM foi agricultor e a Srª AE foi doméstica. Ambos apresentam o 4º ano de escolaridade. Residem em habitação própria de primeiro andar, a casa tem 3 quartos, 1 casa de banho, uma cozinha, uma sala e uma garagem. A soma dos valores atribuídos a cada critério, classifica a família num dos cinco estratos sociais possíveis, pelo que esta família se encontra na posição social IV- Classe Média Baixa, pois o somatório das pontuações foi de 19.

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiros/Generais/Marechais - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Herdanças - Rendimentos profissionais de elevado nível	Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máximo de conforto	Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ____/____/____
2	- Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (si Doutoramento)	Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos	Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ____/____/____
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau I) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados	12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	Vencimentos certos	Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais	Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ____/____/____
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau II) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizados de nível II	Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ____/____/____
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA ____/____/____

Figura 3 – Escala de Graffar

Fonte: Sequeira, C, & Nené, M. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar. Adaptado de Amaro (2001)

Critérios relativos ao Tipo de Habitação:

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com domótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio);

Grau 2 - espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural;

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural;

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico,

esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5 - + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural.

- Religião e espiritualidade

Esta família é católica praticante, frequentam a Igreja de S. Sebastião de Lagoa do Sobral com muita regularidade.

- Ambiente

O ambiente inclui aspetos da comunidade, vizinhança e lar. Fatores ambientais, como a disponibilidade de espaço, privacidade e acesso a escolas, creches, áreas de recreação e transporte público, influenciam o funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2011). A família ZM vive em casa própria de primeiro andar, com terreno em redor da habitação, é constituída por 3 quartos, 1 casa de banho, 1 cozinha, 1 sala e 1 garagem, apresenta escadas interiores com corrimão. Dispõe de água potável, saneamento básico, eletricidade e aquecimento. Em termos de adequação de espaço e privacidade a habitação é adequada para o casal. Está em bom estado de conservação, e em relação às condições higiene mantém-se limpa e arrumada. Está localizada em Sobral da Lagoa, uma zona sem grandes acessos a transportes públicos ou unidades de Saúde.

- Ambiente

O ambiente inclui aspetos da comunidade, vizinhança e lar. Fatores ambientais, como a disponibilidade de espaço, privacidade e acesso a escolas, creches, áreas de recreação e transporte público, influenciam o funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2011). A família ZM vive em casa própria de primeiro andar, com terreno em redor da habitação, é constituída por 3 quartos, 1 casa de banho, 1 cozinha, 1 sala e 1 garagem, apresenta escadas interiores com corrimão. Dispõe de água potável, saneamento básico, eletricidade e aquecimento. Em termos de adequação de espaço e privacidade a habitação é adequada para o casal. Está em bom estado de conservação, e em relação às condições higiene mantém-se limpa e arrumada. Está localizada em Sobral da Lagoa, uma zona sem grandes acessos a transportes públicos ou unidades de Saúde.

1.3- Avaliação De Desenvolvimento

É importante que os enfermeiros, além de conhecer a estrutura da família, conheçam e compreendam o desenvolvimento do ciclo vital de cada uma. Esta categoria refere-se à evolução progressiva da história familiar ao longo das fases do ciclo de vida, considerando sua trajetória histórica, curso de vida, crescimento familiar, nascimento e morte (Wright & Leahey, 2011). A compreensão deste processo permite a implementação de cuidados antecipados, com o objetivo de capacitar a família a desempenhar tarefas essenciais em cada etapa. A avaliação de desenvolvimento compreende três subcategorias: Estágios (Etapa do ciclo vital), Tarefas e Vínculos afetivos.

1.3.1- Estágios - Etapa do ciclo vital

A definição do número de fases do ciclo vital da família varia consoante os autores. Segundo Duvall, as fases do ciclo vital podem ser definidas pela combinação de 4 fatores: o número de pessoas na família, a idade do filho mais velho do casal, a posição escolar do filho mais velho e as funções e o estatuto das famílias. Assim sendo, classificou o ciclo Vital da família em 8 etapas: I- família sem filhos; II- família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à 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

à adolescência, 13 anos); V- família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início dos estudos superiores); VI- família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); VII- família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma) e VIII- família idosa (da reforma à viuvez) (Relvas, 1996). De acordo com esta classificação considera-se que a família ZM se encontra na Etapa VIII - família idosa que se estende da reforma até ao falecimento de um ou ambos os cônjuges. Esta fase caracteriza-se pela mudança de rotinas, perda de papéis e de identidade social. O casal pode enfrentar desafios relacionados com a saúde, perda de entes queridos e adaptação a uma nova dinâmica familiar, é um momento de reavaliação do relacionamento conjugal. A adaptação bem sucedida desta etapa pode fortalecer o relacionamento conjugal e promover a satisfação individual e familiar.

1.3.2- Tarefas

Na etapa do ciclo vital em que a família ZM se encontra é importante que desenvolvam determinadas tarefas, como a adaptação à reforma e ao envelhecimento, mudança de rotinas, reavaliação do relacionamento conjugal e aprender a lidar com as perdas. O Srº AM desde novo que iniciou a sua atividade profissional como agricultor, e após a reforma continuou a sua atividade até iniciar complicações associada à diabetes e à doença vascular arterial periférica que desencadeou a amputação do dedo do pé impossibilitando-o de continuar com os seus trabalhos agrícolas, tornando-o dependente em termos de mobilidade. Segundo o Srº AM ainda não está totalmente adaptado a sua nova condição de saúde e sente que perdeu utilidade e o sentido de finalidade, não sabendo como ocupar o seu tempo. Apesar das suas limitações auxilia a Srª AE em algumas tarefas domésticas que ainda é capaz de realizar. A Srª AE por sua vez sempre foi doméstica, ela é que cuidava da casa e dos filhos e por vezes auxiliava o Srº AM com os trabalhos agrícolas. Nesta etapa do ciclo ,é a principal cuidadora do Srº AM, tendo o cuidado de lhe preparar refeições diabéticas, auxiliando-o no levantar e acompanhando-o no seu processo de saúde/ doença. Continua a ser ela a cuidar da casa e sempre que é necessário e principalmente nas férias escolares toma conta das suas duas netas a C e a G, refere sentir-se exausta e cansada, com necessidade de alívio de algumas tarefas que desempenha sem apoio. Segundo ela, a saída das três filhas de casa foi difícil porque sempre foram muito chegadas e deparou-se em casa sozinha apenas com o Srº AM. Ambos se readaptaram ao seu relacionamento conjugal, referindo um reaproximamento, com saídas conjuntas principalmente ao Domingo para visitar as filhas e para participar na missa.

1.3.3- Vínculos afetivos

Os vínculos são laços afetivos e emocionais criados entre duas pessoas (Wright & Leahey, 2011). Na família ZM, observa-se uma sólida proximidade afetiva e de entreajuda entre os membros da família nuclear, o que indica a presença de vínculos fortes no seio familiar.

1.4- Avaliação Funcional

Esta categoria refere-se aos padrões de interação familiar que permitem o desempenho das funções e tarefas, garantindo a sustentabilidade do sistema e a realização dos seus objetivos através de processos co evolutivos. Integra duas dimensões do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva. A primeira refere-se às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família (Figueiredo, 2012)

1.4.1- Instrumental

A dimensão instrumental reporta-se às atividades quotidianas da família 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. Os aspetos instrumentais referem-se à avaliação da capacidade de a 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 (Figueiredo, 2009). A família ZM conseguia assegurar um ambiente seguro para os elementos do agregado familiar, garantindo as condições ideais de salubridade, temperatura e higiene do seu domicílio. Todas as atividades domésticas eram realizadas pela D^a AE que referia sentir-se cansada e sobrecarregada, embora o Sr AM contribuía com uma pequena ajuda. Em relação à higiene pessoal todos os membros aparentam uma higiene cuidada. No que diz respeito aos hábitos alimentares constatou-se que a alimentação familiar era inadequada (as refeições diárias eram ricas em carboidratos e lípidos), o Sr^o AM não adequava a dieta alimentar à sua condição de pessoa com diabetes e cometia vários erros alimentares, apresentando descompensação dos valores de glicémia capilar. Pelo que a Sr^a AE ficou responsável pela confeção e controlo alimentar do Sr^o AM, após a realização de ensinamentos adequados acerca da adoção de dieta diabética pela enfermeira de família. Nesta família o Sr^o AM não tinha hábitos de exercício, ocupava o seu tempo no quintal, realizando algumas atividades agrícolas, enquanto, a Sr^a AE gostava de fazer caminhadas ao final do dia na companhia de uma vizinha, que deixou de realizar desde que, o Sr^o AM foi amputado não se sentindo confortável por o deixar sozinho em casa. Relativamente aos hábitos de sono e repouso o Sr^o AM tinha dificuldade em dormir, por apresentar com frequência dor acentuada no local de amputação do 3^o dedo enquanto se encontrava deitado na cama, que o levava a levantar-se durante a noite e dormir no sofá por se sentir mais confortável consequentemente o sono não era reparador. Por outro lado, a Sr^a AE acordava com o seu levante, ajudando-o, referindo alterações no padrão do sono. Ambos dormiam menos de 8 horas por noite, referindo cansaço no dia seguinte. No que respeita às atividades de lazer, a família referia gostar de frequentar as festas da aldeia, ir à missa ao domingo, e visitar as filhas ao fim de semana. Devido às limitações na mobilidade do Sr^o AM deixaram de realizar algumas dessas atividades. Em relação à expressão da sexualidade, a patologia do Sr^o AM e o envelhecimento do casal diminuí a frequência da atividade sexual e dos momentos de intimidade. Embora não tenha levado ao afastamento entre os dois, havendo respeito mútuo, compensando a falta de intimidade com manifestações de afeto e diálogo. Quanto às atividades de vida diárias, o Sr^o AM tornou-se mais dependente na mobilidade devido à sua patologia e dor sentida, com necessidade frequente de ajuda para a realização de levante e deambulação com apoio de bengala. A Sr^a AE é independente em todas as atividades de vida diária. Aplicou-se a Escala de Barthel na avaliação de dependência ao Sr^o AM.

O índice de Barthel caracteriza-se 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.

Escala Modificada de Barthel

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOILETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado à noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda.

Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS
1. O paciente é incapaz de subir escadas. 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. 5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO
1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. 5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)
1. O paciente apresenta incontinência urinária. 2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
1. O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo. 2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. 3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. 4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.

5. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	<u>5</u>
Banho	0	1	3	4	<u>5</u>
Alimentação	0	2	5	8	<u>10</u>
Toalete	0	2	5	8	<u>10</u>
Subir escadas	0	2	5	<u>8</u>	10
Vestuário	0	2	5	8	<u>10</u>
Controle de Bexiga	0	2	5	8	<u>10</u>
Controle intestinal	0	2	5	8	<u>10</u>
Deambulação	0	3	<u>8</u>	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	<u>12</u>	15
					88

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

Figura 4- Escala Modificada de Barthel

Fonte: DGS

Constatou-se que o Sr AM tinha uma dependência leve. A alteração de mobilidade do Srº AM também realçou a importância de avaliar a prevenção do risco de quedas, para a implementação de intervenções dirigidas à prevenção de complicações, que podiam ser irremediáveis, tal como se pode ver, com aplicação da escala de Morse apresentando uma pontuação de 40, existe um baixo risco para quedas, o que requer intervenções padrão de prevenção de quedas.

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

A pontuação total da Escala de Quedas Morse varia entre 0 e 125 pontos. Sem risco (0 e ≤ 24 pontos); Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos) e Alto risco (≥ 51 pontos).

Figura 5 – Escala de Morse

Fonte: DGS (Escala de Morse)

1.4.2- Expressiva

Nesta dimensão, o alvo da avaliação centra-se essencialmente na comunicação e na interação entre todos os membros da família e 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 abrange a diversidade e os tipos de emoções ou sensações expressas. No contexto familiar, uma ampla variedade de emoções é normalmente utilizada, incluindo felicidade, tristeza e raiva. (Wright & Leahey, 2011). Segundo Alarcão (2000, p. 64), a comunicação funcional conecta os parceiros comunicacionais, enquanto a disfuncional os distancia, criando incompreensão e ressentimento. A nível da comunicação os elementos do casal, mantinham uma comunicação eficaz, conseguindo abordar assuntos difíceis, com facilidade na expressão de sentimentos e emoções, sobretudo pela Sr^a AE. Ambos demonstravam tristeza, preocupação e desânimo quando se deslocavam ao centro de saúde para realização do penso e medo pelo agravamento do estado de saúde do Sr^o AM.

• Comunicação verbal

Essa subcategoria concentra-se principalmente no conteúdo verbal de uma mensagem entre os participantes da interação. Em termos de relacionamento, o foco está no significado das palavras (Wright & Leahey, 2011). A comunicação verbal observada entre o casal era adequada, a Sr^a AE tomava sempre a iniciativa para falar e esclarecer as suas dúvidas face ao estado de saúde e evolução cicatricial da úlcera do Sr^o AM, verbalizando como o marido tinha passado os seus dias entre a realização dos tratamentos de enfermagem. O Sr^o AM era

mais introvertido deixando a esposa falar, mas verbalizava a sua preocupação e dor sentida no local da úlcera, não aceitando o seu estado de saúde.

- Comunicação não verbal

Esta subcategoria foca-se nas mensagens não verbais transmitidas pelos membros da família. Mensagens não verbais incluem postura corporal, contato visual, toque, gestos e expressões faciais (Wright & Leahey, 2011). Nos momentos em que a família se deslocou ao centro de saúde, foi possível observar olhares de carinho e compreensão entre ambos os membros, principalmente aquando da realização do penso, em que o Srº AM demonstrava fâcias de dor. O toque de apoio foi frequente. O gesto de amparo da Srª AE para com o Srº AM quando realizava levantar e deambulava.

- Comunicação circular

A comunicação circular refere-se à comunicação recíproca entre os elementos da família. Na família ZM, a Srª AE referia-se satisfeita quanto à forma como cada um se expressava e comunicava acerca de assuntos de interesse comum, havendo partilha de informação, para conjuntamente chegarem à resolução de um problema.

- Soluções de problemas

Relativamente aos fatores de stress nesta família, que geraram mais conflitos intrafamiliares foram: o problema de saúde do Srº AM e a sua situação de dependência, a neoplasia da mama diagnosticada à filha mais nova a C, bem como, o acidente de trabalho do neto NA que levou à amputação de um dos seus membros superiores e consequentemente a depressão diagnosticada à filha A. Quanto ao coping familiar, os elementos da família tentavam solucionar os problemas, embora o Srº AM sentia dificuldade em aceitar o seu estado de saúde pela perda de alguma autonomia funcional, apresentando alguma resistência a qualquer mudança do seu estilo de vida, mas tentava com a sua família adaptar-se à sua nova condição. Existia confiança no grupo familiar, havia flexibilidade de papéis, existia partilha de preocupações com familiares mais próximos como as suas filhas e netos e a família utilizava recursos externos para a resolução dos problemas. Para fazer face às situações que iam surgindo, a família foi criando algumas estratégias adaptativas. Para identificar possíveis estratégias de coping, avaliaram-se as forças familiares, através da aplicação do questionário desenvolvido por Melo e Alarcão (2011) que tem como objetivo a identificação das forças e processos de resiliência familiar a partir da autoavaliação das famílias, aplicado à Srª AE, uma vez que o Srº AM referiu não querer participar. De acordo com o questionário das forças familiares, percebeu-se que a nível da organização familiar positiva foi onde a família apresentava uma pontuação mais elevada (36), seguindo-se as crenças familiares positivas (31), quanto à gestão positiva e suporte familiar (28) e por último a cotação mais baixa as emoções positivas (18). Quanto ao índice global de forças familiares obteve-se uma pontuação de 113 (num total de 200), o que nos indica, que se poderia trabalhar com as forças desta família, embora esta saiba identificar as suas forças, conclui-se não ser fácil para esta família lidar com as adversidades de forma positiva.

		Nada parecidas	Pouco parecidas	Mais ou menos parecidas	Bastante parecidas	Totalmente parecidas
1	A família é otimista e procura ver sempre o lado positivo das coisas	1	2	3	<u>4</u>	5
2	A família acredita que os seus elementos, em conjunto, conseguem sempre encontrar maneira de lidar com os problemas	1	2	3	4	<u>5</u>
3	A família é muito unida	1	2	3	4	<u>5</u>
4	Na família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião	1	2	3	<u>4</u>	5
5	Os elementos da família tomam decisões em conjunto	1	2	3	<u>4</u>	5
6	Na família, sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar	1	2	3	<u>4</u>	5
7	Na família, toda a gente dá apoio aquilo que cada um quer fazer, aos projetos individuais e ao que é importante para si	1	2	3	<u>4</u>	5
8	Na família, cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo	1	2	3	<u>4</u>	5
9	Na família, as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas	1	2	<u>3</u>	4	5
10	Os elementos da família mostram abertamente o que sentem uns pelos outros	1	2	3	<u>4</u>	5
11	A família sente que os seus elementos são capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer	1	2	<u>3</u>	4	5
12	Na família, existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir	1	2	3	<u>4</u>	5
13	Os elementos da família fazem coisas e atividades em conjunto	1	2	<u>3</u>	4	5
14	Na família, há boa disposição e os seus elementos encontram sempre momentos para rir	1	2	<u>3</u>	4	5
15	Na família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas, negativas, sem magoar os outros	1	2	3	<u>4</u>	5
16	Quando aparece um problema importante, os elementos da família conversam e resolvem-no em conjunto	1	2	3	4	<u>5</u>
17	A família tem amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que ajudam quando precisam	1	2	<u>3</u>	4	5
18	A família consegue gerir o dinheiro que tem de maneira a conseguir pagar as principais despesas	1	2	3	<u>4</u>	5
19	A família sabe a que sítios tem que se dirigir para cada dificuldade que surge	1	2	3	<u>4</u>	5
20	Quando há problemas com os quais a família sente que não consegue lidar, a família aceita o facto e segue em frente sem desanimar	1	2	3	<u>4</u>	5

21	A família acredita que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão	1	2	3	<u>4</u>	5
22	Na família há valores que se deseja que toda a gente aprenda	1	2	3	4	<u>5</u>
23	A família consegue lidar bem com imprevistos e dificuldades	1	2	3	<u>4</u>	5
24	A família acredita que os momentos de dificuldade os podem ajudar a ser mais fortes	1	2	3	<u>4</u>	5
25	Na família é importante que cada um tente ser feliz	1	2	3	4	<u>5</u>
26	A família consegue resolver um desacordo sem conflitos	1	2	3	<u>4</u>	5
27	A família consegue encontrar ajuda quando precisa, nas pessoas que conhece	1	2	3	<u>4</u>	5
28	A família consegue discutir pontos de vista diferentes sem que os seus elementos fiquem zangados uns com os outros	1	2	3	<u>4</u>	5
29	Na família, as decisões importantes, que afetam todos, são tomadas em conjunto	1	2	3	4	<u>5</u>

Figura 6 - Questionário Forças Familiares

Fonte: Melo e Alarcão (2011)

Organização Familiar positiva: 2,3,4,5,6,7,8,9,10,13

Crenças Familiares Positivas: 12,16,21,24,25,28,29

Gestão Positiva e Suporte Familiar: 17,18,19,20,22,23,27

Emoções Positivas: 1,11,14,15,26

Para uma melhor avaliação do funcionamento desta família também foram aplicadas as escalas de APGAR familiar de Smilkstein (quantifica a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família), a Escala de FACES II adaptada (avalia a perceção do funcionamento familiar nas dimensões de coesão e adaptabilidade), e o Questionário das Forças Familiares Readaptação Social de Holmes e Rahe. Para avaliar a funcionalidade familiar, Smilkstein desenvolveu o instrumento APGAR de Família, cuja denominação representa um acrónimo em inglês, derivado dos domínios: adaptation (adaptação), o qual compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz a necessária assistência; participation (participação/companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; growth (crescimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; affection (afetividade), compreendendo a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e resolution (capacidade resolutive), que está associada à decisão, determinação ou resolução num sistema familiar (Smilkstein, 1978 ; Silva et al., 2014). O questionário do APGAR de Família é constituído por cinco perguntas relativas aos componentes da função familiar acima citados. Cada uma das perguntas possui três possibilidades de respostas e a pontuação varia de zero a dois pontos. O somatório poderá ser de zero a dez pontos e as famílias poderão ser caracterizadas como: Pontuação de 7 a 10: família altamente funcional; Pontuação de 4 a 6: família com moderada disfunção; - Pontuação de 0 a 3: família com disfunção acentuada. Através da aplicação da escala de APGAR Familiar de Smilkstein, esta família é classificada como uma família altamente funcional (pontuação de 9). Uma família altamente funcional indica que funciona de maneira eficaz, com uma boa

comunicação, apoio mútuo e capacidade de lidar com desafios. Estas famílias tendem a ter relações mais saudáveis e satisfatórias, o que contribui para o bem-estar dos seus membros.

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.	2		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.	2		
Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas atividades ou modificar o estilo de vida.		1	
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como, irritação, pesar e amor.	2		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		1	
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.			

Figura 7 - Escala de APGAR Familiar de Smilkstein

Fonte: (Néné, M & Sequeira, C, 2023) (adaptado Smilkstein 1978)

De acordo com a avaliação da Escala Faces II, é utilizada a versão de Fernandes 1995 (Néné, M & Sequeira, C, 2023). A FACES II é um questionário individual de autoavaliação que classifica famílias. Ao aplicar como instrumentos de colheita de dados, a FACES II pretende avaliar a Coesão e a Adaptabilidade da Família. Esta é uma escala de autopreenchimento. Da aplicação da FACES II, surgem quatro níveis de coesão familiar: muito ligada, ligada, separada, desmembrada. E quatro níveis de adaptabilidade familiar: muito flexível, flexível, estruturada, rígida. Conduzindo a quatro tipos de famílias: Muito equilibrada; Equilibrada; Meio-termo e Extrema. A família em estudo apresenta um nível de coesão 5 (ligada) e um nível de adaptabilidade de 7 (Muito flexível) sendo uma família Equilibrada (valor 6). A coesão é definida como a habilidade da família de permanecer unida diante dos desafios diários, enquanto a adaptabilidade se refere à capacidade dos membros da família de modificar papéis e regras de funcionamento para adequá-los às tarefas ou situações que precisam enfrentar.

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

18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					5
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.				4	
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.				4	
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				4	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				4	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					5
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.		2			
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	1				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				4	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					5
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.				4	
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros				4	

Nota: 1- Quase nunca; 2-De vez em quando; 3- Às vezes ; 4- Muitas vezes ; 5- Quase sempre

Resultado da aplicação da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (Fases II)							
Valores		Coesão	Valores		Adaptabilidade	Valores	Tipo de Família
8	89	Muito Ligada	8	70	Muito Flexível 58	8	Muito Equilibrada
	74			65			
7	73			64		7	
	71		7	55			
6	70	Ligada 60	6	54	Flexível	6	Equilibrada 6
	65			50			
5	64		5	49		5	
	60			46			
4	59	Separada	4	45	Estruturada	4	Meio-termo
	55			43			
3	54		3	42		3	
	51			40			
2	50	Desmembrada	2	39	Rígida	2	Extrema
	35			30			
1	34		1	29		1	
	15			15			

Fonte: Néné, M & Sequeira, C, 2023) (adaptada, Fernandes 1995)

Figura 8- Escala de Faces II

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe consiste num inventário de 43 acontecimentos vitais, aos quais corresponde uma pontuação, assinalando os eventos que ocorreram no último ano. Correlaciona os eventos de vida com o stress e a doença tendo como base as mudanças ocorridas num passado recente. A cada mudança é atribuído um valor quanto à capacidade de provocar stress. Para se proceder à avaliação somam-se as pontuações atribuídas aos acontecimentos que tenham sido experienciados e consoante a pontuação a probabilidade de adoecer. Baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas na sua vida, cria um desgaste que pode levar a perda de saúde (Néné, M & Sequeira, C, 2023). Segundo Relvas (1996), todas as famílias enfrentam mudanças, stress e passam por várias crises, sejam acidentais ou normativas, que podem surgir de situações que intersectam ou colidem com o percurso da família ao longo do ciclo vital. A crise implica reestruturação familiar,

dependendo da natureza dos acontecimentos geradores de stress e da simultaneidade dos mesmos. A transição é a passagem de um estado para outro, é vista como positiva porque implica a aquisição de competências e habilidades para o alcance de estabilidade ou equilíbrio (Néné, M & Sequeira, C, 2023). Nesta família, identificaram-se transições ou crises acidentais passíveis de alterar o equilíbrio familiar, como a doença do Srº AM e o seu agravamento, que alterou a sua dinâmica e condição de vida, bem como alterou o seu sono. O surgimento da neoplasia de mama da filha C; o acidente grave do neto NA que levou a amputação de um dos membros superiores. No entanto, perante estes acontecimentos de acordo com a avaliação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a probabilidade de ocorrência de um problema de saúde em algum dos elementos da família relacionado com eventos vitais, é reduzida.

Pontuação	Probabilidade de adoecer
>300 pontos	80% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica.
>200 ≤ 300 pontos	50% de probabilidade de adoecer
150 – 200	menor incidência de doença

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	<u>53</u>
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave em familiar	<u>44</u>
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35

20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	<u>25</u>
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de atividades religiosas	19
36	Mudança de atividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	<u>16</u>
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		138

Fonte: (Néné, M & Sequeira, C, 2023)

Figura 9 - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

- Papéis

subcategoria avalia os padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família, sendo que o papel é um comportamento constante numa situação específica (Wright & Leahey, 2011). Quanto ao desempenho dos papéis familiares, constatou-se que a Sr^a AE detinha o papel de cuidado doméstico, realizava a maior parte

das tarefas domésticas e o papel de prestadora de cuidados ao Srº AM, sendo também a responsável pela confecção de todas as refeições diabéticas e no auxílio do marido no levante. Estes vários papéis geravam-lhe cansaço e stress, pelo que se aplicou o instrumento Escala de Zarit que permite avaliar a sobrecarga do cuidador, respondendo a um conjunto de questões sobre como se sentia em relação aos cuidados prestados e a soma das respostas dadas a essas perguntas permitiram-nos inferir que a Srª AE sente uma sobrecarga ligeira ao cuidar do Sr AM por ter apresentado um valor de 48.

É importante referir que a administração de insulina ao Srº AM era da responsabilidade tanto da filha D como da namorada do neto NA, uma vez que o casal referia não apresentar capacidade para o fazer. Por sua vez o Srº AM auxiliava a Srª AE em pequenas tarefas domésticas que conseguisse realizar.

Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?		•			
Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			•		
Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por 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 uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?		•			
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) visita devido ao seu familiar?	•				
Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?		•			
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?			•		
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		•			
Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			•		
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	•				
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?		•			
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			•		
Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?		•			
Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?		•			

1-Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- muitas vezes; 5- Quase sempre

Avaliação da sobrecarga	
Inferior a 46	Sem sobrecarga
Entre 46 a 56	Sobrecarga ligeira
Acima de 56	Sobrecarga intensa

Figura 10 - Escala de Zarit

- Influência e poder

A influência instrumental e psicológica afeta a forma como a família expressa as suas emoções e consequentemente caracteriza o padrão comportamental dos seus membros. O exercício do poder é um processo dinâmico e multidimensional frequentemente focalizado no membro da família que tem mais experiência e influência as decisões (Wright & Leahey, 2011). O Srº AM e a Srª AE consideravam que não havia elementos na família com mais ou menos poder, e que todos tinham igual poder na família. Quando era necessário tomar alguma decisão, tomavam-na em conjunto.

- Crenças

Esta subcategoria refere-se às atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados por indivíduos e famílias. As crenças constituem a base sobre a qual os indivíduos estruturam suas vidas e as integram com a vida de outros. As famílias, em conjunto, desenvolvem uma ecologia de crenças que emerge dos contextos das interações sociais e culturais. Quando a doença surge as nossas crenças sobre saúde são desafiadas e ameaçadas (Wright & Leahey, 2011). Na família ZM existiam crenças relativas à religião: eram católicos e recorriam à fé e oração quando vivenciavam alguma dificuldade, frequentavam com muita regularidade a igreja. Havia crença no papel dos profissionais de saúde, uma vez que o Sr AM necessitava frequentemente de cuidados de saúde para tratamento de ferida do pé esquerdo, por ser hipertenso , diabético e por apresentar uma doença arterial periférica.

- Alianças e uniões

Esta subcategoria foca- se na orientação, no equilíbrio e intensidade das relações entre familiares ou entre famílias e enfermeiras (Wright & Leahey, 2011). Na família ZM, a aliança que existia entre o casal e ambos os elementos se sentiam satisfeitos com essa relação de união e cumplicidade.

2- Processo De Enfermagem à Família

Após a avaliação familiar com recurso ao MCAF e à construção de uma relação terapêutica com a família foi desenvolvido o Plano de Cuidados colaborativamente com a mesma, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas (Figueiredo, 2012). A intervenção de enfermagem deve, numa abordagem colaborativa, enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas e na consecução do seu próprio projeto de saúde (Figueiredo, 2012). De realçar que os cuidados de enfermagem prestados a esta família foram uma continuação do trabalho, que já havia sido desenvolvido pela equipa de saúde da USF. O Srº AM já havia sido referenciado para consulta de cirurgia do Centro Hospitalar do Oeste. O médico e enfermeiro de família do Srº AM já tinham atuado para a resolução de vários problemas detetados, designadamente ao nível da gestão da diabetes, do controlo de dor face à úlcera que o utente apresentava, no tratamento da úlcera e no controlo de hipertensão arterial. Tendo em conta todo o trabalho já desenvolvido apenas enunciei os diagnósticos mais pertinentes para a saúde desta família de acordo com as necessidades e problemas identificados pela mesma, tendo em conta que os problemas individuais afetavam a saúde do sistema familiar, e os problemas da família, afetavam a saúde individual dos seus membros. Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções foi de encontro às mudanças planeadas, considerando sempre as forças do sistema familiar, para que as mudanças fossem entendidas como exequíveis e se verificasse o comprometimento da família com o plano (Figueiredo, 2012). Assim, foi desenvolvido o plano de cuidados que se segue com vista ao desempenho das intervenções que contribuíssem para promover, proteger e recuperar a saúde desta família.

Quadro 1 – Plano de Cuidados de Enfermagem direcionado à família ZM

Diagnóstico de enfermagem	Papel de prestador de cuidados não adequado		
Subconjuntos de diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Saturação do papel: Stress do Prestador de Cuidados presente, em grau reduzido.	Stress do prestador de cuidados identificado com o Instrumento de avaliação Escala de Zarit (sobrecarga do prestador de cuidados)	Ajudar a Srª AE a encontrar estratégias de coping para reduzir o stress associado ao papel de prestador de cuidados	-Avaliar o stress do Prestador de Cuidados; -Incentivar a comunicação de emoções; -Incentivar o envolvimento do Prestador de cuidados; -Incentivar o envolvimento da família; -Ensinar o Prestador de Cuidados sobre recursos na comunidade; -Promover estratégias de coping para o papel. -Orientar/ requerer serviços de saúde mental (Enfermeiro especialista/ Psicólogo)

Diagnóstico de enfermagem	Gestão do regime terapêutico comprometido		
Subconjuntos diagnósticos	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Adesão ao regime terapêutico não demonstrado	O Sr AM demonstra conhecimento sobre a administração de insulina mas não adere a administração da mesma, sendo necessário a filha e namorada do neto a administrarem	Ajudar o Srº AM a ser independente na administração de insulina sem ter que depender de terceiros	-Promover a adesão ao regime terapêutico; -Instruir sobre a técnica de administração de insulina; -Treinar técnica de administração de insulina; -Assistir na gestão do regime terapêutico; -Encorajar a tomada de decisão para adotar comportamento de adesão
Conhecimento não demonstrado sobre o regime dietético	O Srº AM não demonstrava conhecimento acerca da dieta diabética cometendo excessos alimentares	Ajudar o Sr AM e a Srª AE a adquirir conhecimentos na confecção de refeições hipoglicídicas	-Ensinar sobre a dieta diabética; -Ensinar sobre hábitos alimentares; -Incentivar hábitos alimentares saudáveis; -Providenciar material de leitura
Metabolismo dos glúcidos comprometido em grau moderado	O Sr º AM mantém valores de hiperglicemia principalmente ao jantar	Ajudar o Srº AM a manter valores de glicemia capilar dentro dos parâmetros normais	- Administrar insulina; -Ensinar sobre regime terapêutico e alimentar;
Diagnóstico de Enfermagem	Aceitação do estado de saúde comprometido		
Subconjuntos diagnósticos	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Consciencialização do estado de saúde comprometido	O Srº não aceita as mudanças decorrentes do seu estado de saúde e quer manter o estilo de vida.	Que o Srº AM aceite e se consciencialize sobre o seu estado de saúde.	- Avaliar aceitação do seu estado de saúde; -Assistir a pessoa a promover aceitação do seu estado de saúde; - Encorajar a aceitação do seu estado de saúde; -Promover a consciencialização; -Ensinar sobre estratégias adaptativas; -Incentivar aceitação do seu estado de saúde; -Incentivar a comunicação de emoções; -Incentivar envolvimento da família.

Diagnóstico de Enfermagem	Dor por úlcera arterial		
Subconjunto diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Dor por úlcera arterial presente em grau moderado	Que o Srº AM consiga gerir de forma eficaz o regime terapêutico	Que o Srº AM controle a sua dor que o impede de dormir durante a noite	- Instruir sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor; - Gerir analgesia; - Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor; - Monitorizar a dor; - Ensinar sobre auto controlo da dor; - Orientar/ requerer serviços médicos - Ensinar sobre o regime medicamentoso; - Vigiar dor
Diagnóstico de Enfermagem	Úlcera arterial		
Subconjunto diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Úlcera arterial no 3º dedo do pé esquerdo	Perda da integridade cutânea no espaço interdigital entre o 2º e 4º dedo do pé esquerdo, após amputação de dedo necrosado.	Que o Srº AM apresente úlcera arterial cicatrizada	- Avaliar úlcera arterial; - Executar tratamento da úlcera arterial; - Vigiar penso da úlcera arterial; - Ensinar o utente sobre os cuidados a ter com a úlcera arterial; - Orientar/ Requerer para serviços médicos
Diagnóstico de Enfermagem	Cicatrização de úlcera arterial comprometida		
Subconjunto diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Infeção presente da úlcera arterial	O Srº AM apresenta sinais de infeção como eritema, calor, rubor, edema, exsudado e cheiro fétido	Que os sinais de infeção da úlcera arterial do Srº AM sejam tratados	- Orientar para os serviços médicos; - Requerer serviços médicos; - Executar tratamentos com prescrição de material de pensos que controle a infeção, odor e exsudado; - Ensinar sobre regime terapêutico prescrito;

Diagnóstico de Enfermagem	Risco de queda comprometido		
Subconjunto diagnóstico	Critérios de diagnóstico	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Baixo risco de queda	Avaliação do risco de queda do Sr ^a AM através do instrumento de avaliação Escala de Morse	Que o Sr ^a AM apesar de mobilidade comprometida em grau reduzido não sofra quedas	-Avaliar o risco de quedas através da Escala de Morse; -Providenciar equipamentos de apoio na deambulação; -Ensinar sobre o uso de calçado adequado; -Ensinar sobre a prevenção de quedas; -Gerir medidas de segurança; -Gerir ambiente

Apêndice II– Formação Sentido de Vida

Sentido de Vida

na doença crónica



Catarina Moreira



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)

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 na descoberta de sentido pela eleição de valores.

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).

Resenha histórica sobre o "sentido de vida"

Frankl defendia que:

- O ser humano é movido pela descoberta de sentido;
- Mesmo em situações de sofrimento inevitável, é possível encontrar significado;
- Quando a pessoa encontra sentido, consegue enfrentar a dor, doença e dificuldades com mais esperança;
- O sofrimento deixa de ser apenas dor e passa a ser uma oportunidade de crescimento interior;
- Ter sentido na vida é essencial para a saúde emocional e espiritual.



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).

Procura 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 descoberta 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)

O sentido de vida é visto como um recurso para lidar com situações potencialmente stressantes, compreende a forma como cada indivíduo vive momentos de crise, experimenta ligações consigo próprio e com os outros, como expressa crenças e valores.

Ter sentido de vida pode proporcionar maior serenidade a pessoas que experienciam qualquer tipo de doença ou necessidade, influencia a capacidade de lidar com situações adversas e tem um impacto positivo na qualidade de vida.



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
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)



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

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

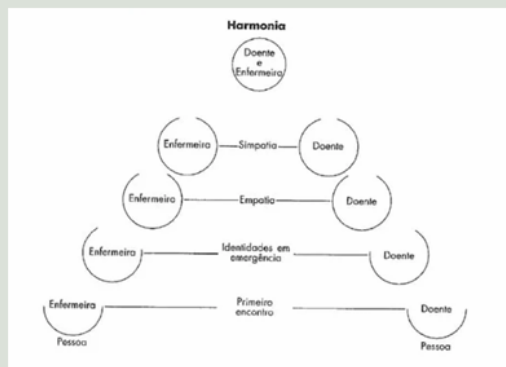
Para isso os profissionais devem ancorar o seu trabalho em modelos e aplicar os instrumentos de avaliação familiar, permitindo uma compreensão da dinâmica familiar, redes, recursos bem como as suas fragilidades e forças (Figueiredo, 2023).

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)

Ajudar a pessoa a encontrar significado no sofrimento, por meio de um relacionamento humano genuíno, baseado na empatia, respeito e comunicação



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.

Ajudamos a encontrar sentido no sofrimento quando, escutamos sem julgar, reconhecemos a sua dor, resgatamos pequenas metas, promovemos esperança realista incentivamos a esperança, relembremos valores e mantemos presença genuína.

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 o acompanhamento ao longo da descoberta de sentido e atributos relacionados, ou reforço dos mesmos (Figueiredo, 2023, citado por Kraus et al., 2014)

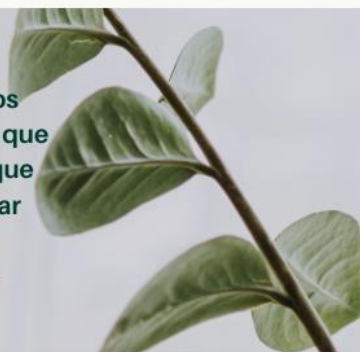
Partindo do pressuposto que a pessoa/família está capacitada, em potência, para a autopoiese, os cuidados de enfermagem baseado nas forças (CBF) capacitam para a orientação no desenvolvimento de forças-chave para a resiliência familiar (Figueiredo, 2023)

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

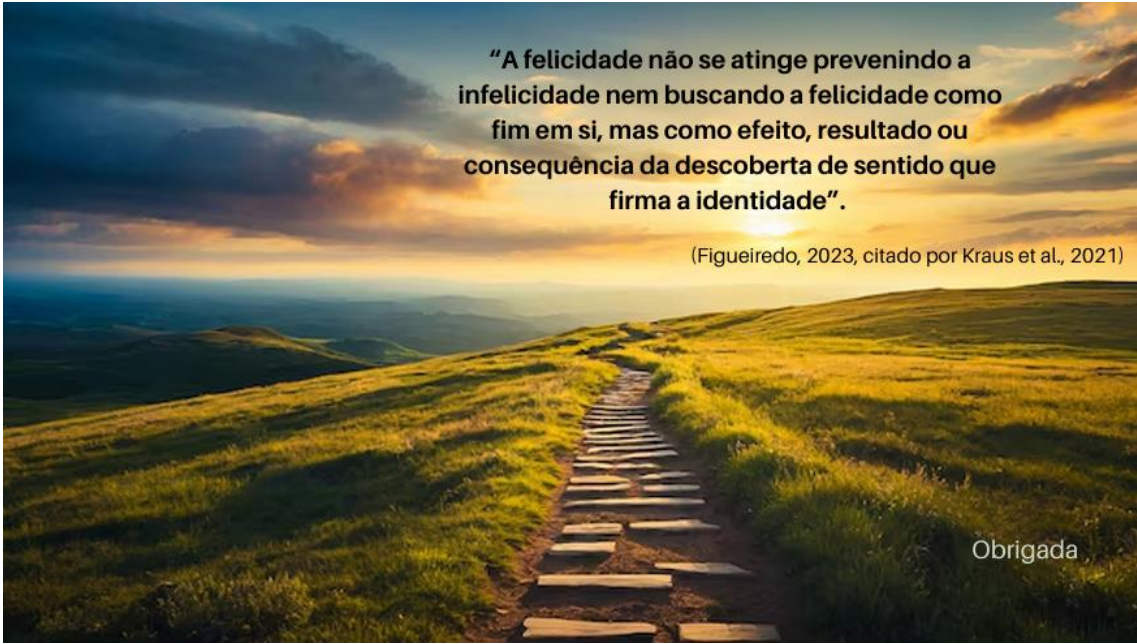
Forças de defesa

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)





**“A felicidade não se atinge prevenindo a
infelicidade nem buscando a felicidade como
fim em si, mas como efeito, resultado ou
consequência da descoberta de sentido que
firma a identidade”.**

(Figueiredo, 2023, citado por Kraus et al., 2021)

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., Derkx, P., & Machielse, 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 III- Quadro de exclusão de estudos

Autor, ano	Motivo de exclusão
Hajdarevic S. et al 2024	Não constitui estudo empírico primário
Batista, A. et al, 2022	Contexto inadequado
Liang, Y. et al, 2024	População fora do âmbito da revisão
Fracso D. et al, 2021	Não avalia o conceito
Dezutter et al., 2013	Não avalia o contexto
Park et al., 2013	Contexto inadequado
RadmoreN. & Hyrkäs K. 2019	Conceito inadequado
Missel M. et al, 2025	Conceito inadequado
Hansen, Berntsen & Salamonsen, 2020	Conceito inadequado
Fiese & Wamboldt, 2003	Conceito inadequado
Fiese & Wamboldt, 2003	Conceito inadequado
Afrell M. et al 2007	Conceito inadequado
Williams et al., 2016	Conceito inadequado
Bahmani B. et al, 2015	Conceito inadequado
Helder et al., 2025	Conceito inadequado
Rasi M. et al, 2014	Conceito inadequado
da Ponte et al., 2021	Cuidados paliativos
Lee & Heo, 2019	Conceito inadequado
Hajdarevic S. et al 2024	Não constitui estudo empírico primário
Batista, A. et al, 2022	Contexto inadequado
Liang, Y. et al, 2024	População fora do âmbito da revisão
Fracso D. et al, 2021	Não avalia o conceito
Dezutter et al., 2013	Não avalia o contexto
Park et al., 2013	Contexto inadequado
RadmoreN. & Hyrkäs K. 2019	Conceito inadequado
Missel M. et al, 2025	Conceito inadequado
Hansen, Berntsen & Salamonsen, 2020	Conceito inadequado
Fiese & Wamboldt, 2003	Conceito inadequado
Fiese & Wamboldt, 2003	Conceito inadequado
Afrell M. et al 2007	Conceito inadequado
Williams et al., 2016	Conceito inadequado
Bahmani B. et al, 2015	Conceito inadequado
Helder et al., 2025	Conceito inadequado
Rasi M. et al, 2014	Conceito inadequado
da Ponte et al., 2021	Cuidados paliativos
Lee & Heo, 2019	Conceito inadequado

Apêndice IV- Quadro de extração de dados

Estudos Incluídos

Estudo 1: Ortiz, R. E. et al, 2021 Colômbia	
Autor, ano	Ortiz, R. E. et al, 2021
País	Colômbia
Contexto	Comunitário / residentes na cidade de Bogotá (por inquérito)
Objetivo do Estudo	Descrever os níveis de resiliência, otimismo, esperança e sentido de vida em adultos idosos com e sem doença crónica.
Desenho do Estudo	Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, de corte transversal, por questionário.
N da Amostra	N = 200. (100 adultos com doença crónica; 100 adultos sem doença crónica)
População	Adultos ≥60 anos residentes em Bogotá, com e sem doença crónica diagnosticada; excluídos défice cognitivo (MMSE >23)
Caracterização geral da Amostra	Idade 60–92 (média 72,7); 99 homens / 101 mulheres; regime contributivo 75% e subsidiado 25%; estratos socioeconómicos 2–3 predominantes; amostragem não aleatória (bola de neve).
Doença Crónica	Várias: cancro, HTA, diabetes, doença cardíaca, osteoporose, artrite, doença pulmonar, tiroide, Alzheimer, Parkinson, insuficiência renal.
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	O sentido de vida é analisado como um recurso psicológico protetor, avaliado através do PIL, em articulação com resiliência, optimismo e esperança
Momento Temporal	Transversal (um momento específico)
Aceitação/Adaptação à Doença	A presença de doença crónica associa-se a níveis mais baixos de sentido de vida, o que os autores interpretam como um impacto negativo da doença nos recursos psicológicos, considerados relevantes para os processos de adaptação.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Não avaliado diretamente
Indicadores	Sentido de vida: Purpose in Life Test (PIL); Resiliência: CD-RISC 10; Optimismo: DIOP; Esperança: Adult Hope Scale (AHS)

Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	Doença crónica associa-se a menores níveis de sentido de vida e de proteção psicológica, sugerindo impacto nos processos de adaptação à doença. Proposta: sentido de vida funciona como recurso psicológico protetor, potencialmente reforçável por programas de intervenção
Citações	
Limitações do Estudo	Desenho transversal, não permitindo inferir causalidade entre o sentido de vida e a adaptação à doença. Amostragem não probabilística e contexto cultural específico (adultos mais velhos residentes em Bogotá), limitando a transferibilidade dos resultados. Abordagem exclusivamente quantitativa, sem explorar o significado vivido do sentido de vida. O estudo não avalia diretamente a aceitação da doença nem o envolvimento nos cuidados, inferindo-os apenas a partir de recursos psicológicos associados.
Notas	Este estudo fornece evidência quantitativa de que o sentido de vida é significativamente mais baixo entre adultos com doença crónica, reforçando o seu papel como recurso psicológico relevante na vivência da doença. O sentido de vida é conceptualizado de forma clara e operacionalizado por instrumento validado. Embora não avalie diretamente a aceitação da doença nem o envolvimento nos cuidados, contribui para a fundamentação conceptual de intervenções de enfermagem focadas na adaptação psicossocial à doença crónica.

Estudo 2: Siqueira, S. R. D. T. et al, 2018 | Brasil

Autor, ano	Siqueira, S. R. D. T. et al, 2018
País	Brasil
Contexto	Contexto clínico hospitalar especializado (Orofacial Pain Clinic de hospital geral); seguimento clínico interdisciplinar
Objetivo do Estudo	Discutir a relevância do sentido de vida na forma como doentes lidam com dor facial neuropática crónica refratária, a partir da análise de casos singulares
Desenho do Estudo	Estudo qualitativo, descritivo, baseado em relatos de caso e análise narrativa com enquadramento existencial
N da Amostra	4
População	Utentes com dor facial neuropática crónica refratária, maioritariamente mulheres adultas, seguidos em consulta especializada de dor orofacial
Caracterização da Amostra	Quatro casos clínicos singulares (idades entre 18 e 43 anos no início da dor), com história prolongada de dor crónica refratária, múltiplas tentativas terapêuticas prévias e impacto significativo na vida pessoal, social e profissional.
Doença Crónica	Dor facial neuropática crónica / dor facial persistente
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Significado existencial atribuído ao sofrimento; Autotranscendência; Responsabilidade pessoal e liberdade de escolha; Reconstrução de projetos de vida. (Exploradas qualitativamente através de narrativas; sem instrumento padronizado).
Momento Temporal	Longitudinal implícito (descrição da trajetória dos doentes ao longo do tempo e do seu seguimento clínico).
Aceitação/Adaptação à Doença	Explícita e central. O estudo descreve processos de aceitação da dor crónica, redefinição de metas, adaptação da vida à condição persistente e transformação do sofrimento por meio da construção de sentido.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Explícito, sobretudo como: Participação ativa nas decisões terapêuticas; Responsabilização do doente pelas escolhas de tratamento; Relação terapêutica personalizada e interdisciplinar.
Indicadores	Narrativas clínicas e análise qualitativa das histórias de vida e experiência de dor; não utiliza escalas quantitativas.
Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	A construção de sentido de vida é apresentada como elemento central no processo de aceitação da cronicidade da dor e no envolvimento ativo dos doentes nos cuidados. A autotranscendência e a responsabilização pessoal emergem como mecanismos-chave de coping e adaptação.

Citações	"I have a life, a college to finish, a nice boyfriend and several wishes for my future. I have too much things to do and I cannot waste my time with suffering. Please, make my diagnosis and treat me, so I can return to normality."; "Life should be adapted. She started to study about her pain and to become responsible for the treatment options together with the interdisciplinary group"; "At that time, she also re-found the meaning of her life as mother, she met the second husband and discovered the need to be optimistic for all roles that she had. She felt better and could return to her city."; "This patient was treated with an existential approach about the importance of the past to search for the meaning in the future. Her mother had died but was still present, and she found that to keep on moving was a commitment with her mother that would not bring her back but would keep her alive by the experiences that were so rich and real"
Limitações do Estudo	Número muito reduzido de participantes (4 casos). Abordagem exclusivamente qualitativa e narrativa, sem utilização de instrumentos padronizados. Forte enquadramento filosófico-existencial, o que pode limitar a transferibilidade para outros contextos clínicos. População muito específica (dor facial neuropática refratária).
Notas	Estudo particularmente relevante por situar o sentido de vida no centro do processo de aceitação e envolvimento nos cuidados, mostrando como a reconstrução de significado permite que os utentes vivam com a doença crónica apesar da persistência da dor. Contribui com profundidade conceptual e exemplos clínicos claros para compreender os mecanismos de adaptação, constituindo um forte complemento aos estudos quantitativos da revisão.

Estudo 4: Carreno DF. et al, 2023 Espanha	
Autor, ano	Carreno DF. et al, 2023
País	Espanha
Contexto	Hospitalar (oncologia) e comunitário (grupo controlo)
Objetivo do Estudo	Analisar o reajuste/reavaliação de valores pessoais após o diagnóstico de cancro e a sua associação com o sentido de vida (personal meaning e sense of meaning) e a qualidade de vida, comparando pessoas com cancro e adultos saudáveis.
Desenho do Estudo	Estudo quantitativo, observacional, transversal, com grupo de comparação (casos vs. controlos) e análise de clusters
N da Amostra	N = 302 (144 pessoas com cancro; 158 adultos saudáveis)
População	Adultos (>18 anos) com doença oncológica em diferentes estádios, em contexto hospitalar (seguimento/tratamento)
Caracterização da Amostra	Maioritariamente mulheres (61%), idade média de 49 anos; diferentes tipos e estádios de cancro; tempo médio desde o diagnóstico de 18 meses; maioria em tratamento ativo.
Doença Crónica	Cancro (vários tipos e estádios)
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Sentido de vida operacionalizado em duas dimensões complementares: Significado pessoal (realização de significado em domínios da vida), Sentido de significado e paz (avaliação global da vida como significativa e integrada). Adaptabilidade do sentido de vida, inferida através da reavaliação de valores pessoais e do envolvimento comportamental em áreas valorizadas.
Momento Temporal	Transversal (um momento específico)
Aceitação/Adaptação à Doença	Avaliada indiretamente, através da reconfiguração do sistema de valores, da integração da doença na identidade pessoal e da identificação de perfis de adaptação com diferentes níveis de significado e qualidade de vida.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Avaliado de forma indireta, através do envolvimento comportamental em autocuidado físico e em ações congruentes com valores pessoais, associado a melhor qualidade de vida.
Indicadores	Sentido de vida / significado pessoal: Personal Meaning Profile – Brief (PMP-B) — avalia realização de significado em diferentes domínios da vida; Sentido de significado e paz: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp) — subescala Meaning/Peace; Reavaliação de valores pessoais: Personal Values Questionnaire (importância atribuída e envolvimento comportamental em diferentes domínios de valores: família, espiritualidade, autocuidado, trabalho, achievement, poder); Envolvimento comportamental em valores: Medida de engagement em ações congruentes com valores pessoais, utilizada

Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	para análise de clusters e associação com qualidade de vida; Qualidade de vida relacionada com a saúde: Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G).
Citações	Pessoas com cancro reavaliam valores, valorizando mais relações, espiritualidade, autocuidado e self, e menos trabalho, poder e achievement. Doentes que adaptam valores apresentam maior sentido de vida e melhor qualidade de vida (incluindo bem-estar físico e espiritual). O envolvimento ativo em áreas com significado é o preditor mais forte de qualidade de vida.
Limitações do Estudo	Desenho transversal (não permite inferir causalidade); uso de medidas retrospectivas (potencial viés de memória); amostra heterogénea quanto ao tipo/estádio de cancro; maior proporção de mulheres; não inclui famílias como unidade analítica direta
Notas	Estudo quantitativo robusto que demonstra que a adaptação do sentido de vida, por meio da reavaliação de valores pessoais, está fortemente associada à maior aceitação da doença, ao maior envolvimento no autocuidado e à melhor qualidade de vida em pessoas com cancro. Evidencia que não se trata apenas de atribuir significado, mas de agir de acordo com valores reconfigurados, o que potencia resultados positivos, oferecendo suporte empírico claro para intervenções de enfermagem centradas no significado, no autocuidado e na adaptação à doença crónica.

Estudo 5: Cong Z. et al, 2024 China	
Autor, ano	Cong Z. et al, 2024
País	China
Contexto	Cuidados de Saúde Primários / comunitário
Objetivo do Estudo	Analisar os fatores associados ao nível de autogestão em idosos com doença crónica, explorando os efeitos diretos e mediadores do capital psicológico, funcionamento familiar e fontes de sentido de vida.
Desenho do Estudo	Estudo quantitativo, observacional, transversal, com análise de regressão múltipla e modelação por equações estruturais
N da Amostra	N=355
População	Idosos (≥60 anos) com doença crónica, acompanhados em centros de saúde comunitários
Caracterização da Amostra	Idade média ~75 anos; maioria com uma doença crónica; tempo de doença variável; ambos os sexos; níveis moderados de autogestão, capital psicológico e sentido de vida
Doença Crónica	Doenças crónicas variadas
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Fontes de sentido de vida (Sources of Meaning of Life Scale for Older Adults – SMSE): família, sentido de valor, apoio social, atividades de lazer, desenvolvimento pessoal e segurança de vida.
Momento Temporal	Transversal
Aceitação/Adaptação à Doença	Avaliada indiretamente, através do papel motivacional das fontes de sentido de vida no modelo COM-B e da sua associação com comportamentos adaptativos de autogestão.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Explícito, operacionalizado como autogestão (self-management): comportamentos relacionados com medicação, exercício, alimentação, gestão emocional e envolvimento familiar/social.
Indicadores	Autogestão (self-management): Self-Management Behavior of Chronic Patients Scale (SMCS) — 21 itens, 5 dimensões (dieta, exercício, medicação, emoção, família/sociedade). Fontes de sentido de vida: Sources of Meaning of Life Scale for Older Adults (SMSE) — 28 itens, 6 dimensões (família, sentido de valor, apoio social, lazer, desenvolvimento pessoal, segurança de vida). Funcionamento familiar: Family APGAR (Family Functioning Index Questionnaire) — 5 dimensões. Capital psicológico (idosos): Psychological Capital of the Elderly Scale (PCE) — 20 itens, 4 dimensões (self-actualization, perseverance, honesty & steadfastness, thankfulness & dedication). Covariáveis: Questionário sociodemográfico/ clínico (idade, anos de doença, nº de doenças crónicas, hospitalizações, escolaridade, etc.).

Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	O nível de autogestão foi moderado. O sentido de vida foi um preditor significativo da autogestão. As fontes de sentido de vida mediaram: a relação entre capital psicológico e autogestão (37,6% do efeito total); a relação entre funcionamento familiar e autogestão (54,0% do efeito total).
Citações	
Limitações do Estudo	Desenho transversal; impossibilidade de inferir causalidade; amostra de uma única cidade; uso exclusivo de autorrelato; ausência de abordagem qualitativa; famílias não avaliadas como unidade de análise independente
Notas	Estudo quantitativo robusto que demonstra empiricamente que o sentido de vida atua como mecanismo motivacional central no envolvimento ativo de idosos com doença crônica nos cuidados de saúde, mediando o impacto do capital psicológico e do funcionamento familiar na autogestão. Relevante para a revisão por operacionalizar o envolvimento nos cuidados e reforçar a importância de intervenções de enfermagem centradas no significado, família e empowerment em contexto comunitário.

Estudo 6: Batzlaff C. et al, 2024 EUA	
Autor, ano	Batzlaff C. et al, 2024
País	EUA
Contexto	Programa domiciliário de reabilitação respiratória (dados basais), com recrutamento em serviços especializados.
Objetivo do Estudo	Analisar a associação entre o sentido de vida e desfechos clínicos relevantes em pessoas com DPOC, incluindo qualidade de vida, autogestão, sintomas emocionais e suporte social.
Desenho do Estudo	Estudo quantitativo, observacional, transversal, com modelos lineares ajustados e bootstrapping
N da Amostra	N=340
População	Adultos (≥40 anos) com DPOC moderada a grave
Caracterização da Amostra	Idade média 69,7 anos; 55,3% mulheres; FEV1 médio 44,3%; maioria população branca, não hispânica; níveis moderados de dispneia e limitação funcional.
Doença Crónica	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Presença de sentido de vida; Procura de sentido de vida
Momento Temporal	Transversal (um momento específico)
Aceitação/Adaptação à Doença	Avaliada indiretamente, através da associação do sentido de vida com coping emocional, sensação de controlo, menor ansiedade/depressão e melhor adaptação funcional à DPOC.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Avaliado explicitamente por meio da capacidade de autogestão e do envolvimento em estratégias de coping e autocuidado (reabilitação respiratória, gestão de sintomas).
Indicadores	Sentido de vida: Meaning in Life Questionnaire (MLQ) — subescalas Presence (MLQ-P) e Search (MLQ-S). Qualidade de vida relacionada com a saúde: Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) — domínios: Dyspnea, Fatigue, Emotions, Mastery. Autogestão: Self-Management Ability Scale (SMAS-30). Suporte social: Interpersonal Support Evaluation List – 12 (ISEL-12). Ansiedade: Generalized Anxiety Disorder – 2 item (GAD-2). Depressão: Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9).
Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	Maior presença de sentido de vida associou-se de forma independente a melhor qualidade de vida, maior capacidade de autogestão e menores níveis de ansiedade e depressão; a procura de sentido associou-se a dispneia, fadiga e mestria.
Citações	

Limitações do Estudo	Desenho transversal; impossibilidade de inferir causalidade; amostra majoritariamente branca; análise secundária de dados basais; não inclui a família como unidade de análise.
Notas	Estudo quantitativo robusto que demonstra que o sentido de vida está associado de forma independente à adaptação funcional e ao envolvimento ativo nos cuidados (autogestão) em pessoas com DPOC, reforçando o seu potencial como alvo de intervenção de enfermagem em doença respiratória crónica.

Estudo 7: Lieberwerth M. & Niemeijer A., 2024 Países Baixos	
Autor, ano	Lieberwerth M. & Niemeijer A., 2024
País	Países Baixos
Contexto	Comunitário
Objetivo do Estudo	Explorar como pessoas com Long Covid experienciam o sentido de vida, incluindo perdas, mudanças e processos de reconstrução de significado no contexto de doença crónica
Desenho do Estudo	Estudo qualitativo, empírico, com Constructivist Grounded Theory, baseado em entrevistas semiestruturadas em profundidade
N da Amostra	N=10
População	Adultos com Long Covid
Caracterização da Amostra	Adultos jovens e de meia-idade; maioria mulheres; estudantes e profissionais ativos antes da doença; graus variáveis de incapacidade funcional (de recuperação parcial a dependência significativa); sintomas persistentes físicos e cognitivos
Doença Crónica	Long Covid / condição pós-COVID-19
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Sentido de vida (meaning in life) conceptualizado como constructo multidimensional, dinâmico e relacional, envolvendo compreensão, propósito, valor pessoal, controlo, ligação aos outros, esperança e aceitação
Momento Temporal	Transversal
Aceitação/Adaptação à Doença	Descrita como processo difícil, não linear, coexistindo com frustração, incerteza, esperança e tentativa de reconstrução de significado perante perdas funcionais e identitárias.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Relatado através de: procura de compreensão e validação da doença, contacto com profissionais de saúde (frequentemente percecionados como pouco responsivos ou descrentes), envolvimento ativo em comunidades de pares e advocacia.
Indicadores	Sentido de vida (perdido, alterado, reconstruído), Meaning-making, Aceitação da doença, Esperança e otimismo, Compreensão/coerência, Ligação aos outros (connectedness), Identidade e propósito, (Indicadores qualitativos emergentes; não utiliza escalas padronizadas)
Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	A Long Covid provoca perda profunda e alteração do sentido de vida, exigindo processos contínuos de meaning-making. A aceitação da doença é dificultada pela incerteza, imprevisibilidade e incompreensão social e clínica. O sentido de vida é reconstruído através de esperança, aceitação gradual, ligação a outros compreensivos e redefinição de valores e objetivos.

Citações	"I think that when I became ill . . . that's when you actually start asking questions like you're asking me about the meaning of life . . . I had three jobs and I liked them all equally. But suddenly I couldn't do that anymore. That's when I realized that work is so important to me . . . And because I lost that, I noticed: "well, what's left?" ; "this happened to me, but it's a chance to grow . . . to receive and share love in a different way," ; "my meaning in life used to be focused more on the future, but now it is more focused on the present."
Limitações do Estudo	Amostra pequena; contexto específico (Long Covid e pandemia); ausência de perspectiva de familiares/cuidadores; transferibilidade dependente de contextos semelhantes; desenho transversal.
Notas	Estudo qualitativo central para a revisão por demonstrar como a doença crónica pode desestruturar e exigir a reconstrução do sentido de vida. Evidencia a interdependência entre aceitação da doença, esperança, compreensão e ligação relacional, com implicações diretas para uma prática de enfermagem centrada na pessoa e na família, sensível ao significado atribuído à experiência de doença.

Estudo 9: Ferreira-Valente A. et al, 2021 | EUA

Autor, ano	Ferreira-Valente A. et al, 2021
País	EUA
Contexto	Comunitário
Objetivo do Estudo	Compreender a utilidade do Meaning Making Model para explicar o papel do meaning making no ajustamento/adaptação à dor crónica.
Desenho do Estudo	Qualitativo: 4 focus groups com entrevistas semiestruturadas; análise temática reflexiva (Braun & Clarke), interpretada à luz do Meaning Making Model; análise secundária de um corpus de estudo transcultural, limitada aos EUA.
N da Amostra	n=18
População	Adultos (≥18) com dor crónica incapacitante na maioria dos dias (≥50% dos dias) por ≥12 meses, com dor lombar crónica ou dor crónica por osteoartrose.
Caracterização da Amostra	Maioria homens (10/18); idade 39–80 anos (M=64.78); metade casados/união de facto; elevada escolaridade (a maioria com grau universitário); maioria reformados; condições associadas: osteoartrose (72.2%) e várias comorbilidades músculo-esqueléticas; intensidade média dor (NRS) 4.89; interferência (BPI) 4.87.
Doença Crónica	Dor crónica
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Exploradas qualitativamente (sem escala), com foco em: Meaning in life / sense of purpose; Meaning of pain (situational meaning); Discrepância entre global meaning e significado atribuído à dor; Meaning making (assimilação e acomodação); Meanings made (ex.: “pain as an opportunity”, aceitação).
Momento Temporal	
Aceitação/Adaptação à Doença	Central e explícita: “acceptance” surge como resultado (“meanings made”) após processos de meaning making; associada a ajustamento de objetivos e reorganização da vida.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Procura de cuidados de saúde (health care seeking) ligada a atribuições causais biomédicas, gestão/autocuidado (equilíbrio atividade—inatividade, mudanças de estilo de vida), adaptação das formas de participação social e objetivos (ex.: ativismo ajustado, trabalho/rotina adaptados).

Indicadores	Focus groups / entrevistas semiestruturadas sobre experiência de dor, coping, pensamentos quando dói, significado da dor e associação entre dor e meaning in life/purpose. Dor (descritivo): NRS 0–10 (intensidade média 24h). Interferência da dor (descritivo): Brief Pain Inventory – Interference (7 domínios). Questionário sociodemográfico e história de dor (descritivo).
Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	Emergiram três temas globais, cada um com dois subtemas: Significado atribuído à dor: atribuições causais + avaliações primárias; Processos de construção de significado: assimilação + acomodação; Significados construídos: dor como oportunidade + aceitação.
Citações	"You just find a way to accomplish your life goals, probably in a different way that you predicted"; "I think I'm getting better at doing, is thinking about it as an opportunity"; "Having a sense of purpose in life is very important to me (...) I have to shift my purpose in life being to take care of myself now"
Limitações do Estudo	Amostra de conveniência; apenas 18 participantes; todos de um único estado (Washington); não avalia efeitos de etnia/religião/cultura; desenho qualitativo não permite inferir causalidade; conflitos/discordâncias na codificação resolvidos por consenso sem quantificação.
Notas	Artigo muito forte para a revisão porque operacionaliza a cadeia sentido - discrepância - meaning making - aceitação/adaptação, com exemplos concretos de ajustamento de objetivos e reconfiguração de propósito. Ajuda a ancorar teoricamente a síntese dos qualitativos e a ligar a aceitação ao processo (e não só a um “estado”).

Estudo 10: Mok, E. et al, 2004 China (Hong Kong)	
Autor, ano	Mok, E. et al, 2004
País	China (Hong Kong)
Contexto	Hospitalar
Objetivo do Estudo	Explorar as estratégias de coping utilizadas por pessoas com insuficiência renal crónica em Hong Kong e compreender os processos subjacentes de adaptação, incluindo o papel do sentido de vida, valores culturais e relações familiares.
Desenho do Estudo	Estudo qualitativo, exploratório, baseado em entrevistas em profundidade e análise temática.
N da Amostra	N=11
População	Adultos com insuficiência renal crónica, em programa de hemodiálise ou diálise peritoneal.
Caracterização da Amostra	Homens e mulheres adultos, com vários anos de evolução da doença renal crónica, dependentes de diálise, com impacto significativo na vida quotidiana, trabalho, relações familiares e identidade pessoal.
Doença Crónica	Insuficiência renal crónica
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Sentido de vida como motivação para viver; Responsabilidade familiar e papéis sociais; Valores culturais (fatalismo ativo, aceitação culturalmente mediada); Reavaliação de prioridades e objetivos de vida
Momento Temporal	Exploração qualitativa transversal, com reconstrução retrospectiva da trajetória de adaptação à doença
Aceitação/Adaptação à Doença	A aceitação é descrita como um processo ativo, mediado por crenças culturais, resignificação da doença e integração da insuficiência renal crónica na vida quotidiana.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Manifestado através de: adesão e adaptação aos regimes de diálise, coping ativo e resolução de problemas, reorganização da vida diária, envolvimento da família como unidade de cuidado.
Indicadores	Estratégias de coping (cognitivas, comportamentais e relacionais); Sentido de vida enquanto motivador do coping; Aceitação da doença; Envolvimento familiar nos cuidados (Indicadores qualitativos emergentes das entrevistas; sem instrumentos padronizados)
Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	O sentido de vida emerge como motivador central do coping e da adaptação à doença renal crónica. A família é um elemento-chave na construção de significado e na aceitação da doença. A aceitação não é passiva, mas um processo de ajustamento ativo,

	culturalmente mediado. O envolvimento nos cuidados é sustentado por valores, responsabilidades familiares e redefinição de objetivos de vida.
Citações	"But when I looked at my mother, I thought about how my mom had brought me up. I don't want to die. I want to continue living. Perhaps, my mom is my motivation for living." "(...) I became a Christian. That was a turning point in my life. I found peace and vitality in my life. Now I can live more fully."
Limitações do Estudo	Amostra pequena; contexto cultural específico (Hong Kong); resultados não generalizáveis; ausência de perspectiva de profissionais de saúde; natureza transversal.
Notas	Estudo qualitativo altamente relevante por demonstrar como o sentido de vida, enraizado em valores culturais e familiares, sustenta a aceitação da doença e o envolvimento ativo nos cuidados em pessoas com insuficiência renal crônica. Contribui de forma direta para a compreensão do papel da família e do significado na adaptação à doença crônica, com implicações claras para a enfermagem de saúde familiar.

Estudo 13: Maiello et al., 2022 Itália	
Autor, ano	Maiello et al., 2022
País	Itália
Contexto	Cuidados de Saúde Primários / comunitário
Objetivo do Estudo	Explorar como pessoas com doenças crônicas não transmissíveis constroem significado em relação à sua doença e analisar a associação entre processos de construção de sentido, aceitação da doença e envolvimento nos cuidados de saúde, através do modelo Sense of Grip on Disease (SoGoD).
Desenho do Estudo	Estudo misto (mixed-methods): componente qualitativa (entrevistas narrativas), componente quantitativa (aplicação de escalas psicométricas), com análise integrada
N da Amostra	N=31
População	Adultos com doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias, diabetes, cancro), acompanhados em cuidados de saúde primários
Caracterização da Amostra	Adultos de ambos os sexos, com diferentes diagnósticos crônicos e tempos de evolução da doença; níveis variados de integração da doença e envolvimento nos cuidados; diversidade de perfis narrativos identificados.
Doença Crónica	Doenças crônicas não transmissíveis (heterogêneas)
Dimensões do Sentido de Vida Captadas	Construção de significado da doença; Integração da doença na identidade; Organização temporal da experiência de doença; Coerência narrativa
Momento Temporal	Transversal
Aceitação/Adaptação à Doença	A aceitação é conceptualizada como integração progressiva da doença na vida e identidade da pessoa, distinguindo perfis de tolerância, coexistência e integração dinâmica.
Envolvimento nos Cuidados de Saúde	Avaliado através de escalas de ativação e engagement, demonstrando associação positiva entre maior construção de significado e maior envolvimento nos cuidados.
Indicadores	Sense of Grip on Disease (SoGoD) – análise narrativa (perfis: Tolerant, Compliant, Dynamic); Patient Health Engagement Scale (PHE-S) – níveis de engagement; Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) – ativação do doente e cuidados centrados na pessoa; Entrevistas narrativas semiestruturadas.

Relação Proposta entre Sentido de Vida e Aceitação/Envolvimento	Identificaram-se três perfis narrativos (Tolerant, Compliant, Dynamic). O perfil Dynamic, associado a maior construção de significado, apresentou maior aceitação da doença e níveis mais elevados de envolvimento nos cuidados de saúde. A construção ativa de sentido da doença mostrou-se um fator-chave de engagement.
Citações	"The problem is there, it is there, it has come and we keep it. We can do very little, it would have been better if he hadn't come, but he did"; "I see my life as a crossword puzzle, (...) there are words that have to fit together, so I see all the problems we have as a challenge to find the solution"; "I do things more in the morning than in the afternoon, because I feel very tired in the afternoon".
Limitações do Estudo	Amostra pequena; heterogeneidade diagnóstica; desenho transversal; possível viés de seleção; contexto cultural específico (Itália)
Notas	Estudo misto altamente relevante por demonstrar empiricamente que a construção de significado da doença está diretamente associada à aceitação e ao envolvimento ativo nos cuidados de saúde. O modelo SoGoD oferece um enquadramento conceptual sólido e operacionalizável, com claras implicações para intervenções de enfermagem centradas na narrativa, no empowerment e na enfermagem de saúde familiar.

Estudos Excluídos

ID	Autor / Ano	País	Decisão	Justificação para a Exclusão	Notas
3	Hajdarevic S. et al 2024	Suécia	Excluído	Não constitui estudo empírico primário	Artigo de síntese conceptual / revisão narrativa, sem dados empíricos primários; utilizado apenas para enquadramento teórico
8	Batista, A. et al, 2022	Portugal	Excluído	Contexto inadequado	O estudo foca-se em qualidade de vida
11	Liang, Y. et al, 2024	China	Excluído	População fora do âmbito da revisão	O estudo está claramente enquadrado em desenvolvimento adolescente
12	Fracso D. et al, 2021	França	Excluído	Não avalia o conceito	O estudo não aborda explicitamente o conceito de sentido de vida como constructo analítico central.
14	Dezutter et al., 2013	Bélgica	Excluído	Não avalia o contexto	Foco exclusivo no bem-estar psicológico
15	Park et al., 2013	—	Excluído	Contexto inadequado	Contexto de doença avançada / fim de vida
16	RadmoreN. & Hyrkäs K. 2019	EUA	Excluído	Conceito inadequado	O sentido de vida não é o foco central do estudo
17	Missel M. et al, 2025	Dinamarca	Excluído	Conceito inadequado	O conceito central é a experiência fenomenológica dos sintomas
18	Hansen, Berntsen & Salamonsen, 2020	Noruega	Excluído	Conceito inadequado	Foco no comportamento de procura de cuidados, não no sentido de vida

ID	Autor / Ano	País	Decisão	Justificação para a Exclusão	Notas
19	Fiese & Wamboldt, 2003	—	Excluído	Conceito inadequado	O sentido de vida não é o foco central do estudo
20	Fiese & Wamboldt, 2003	Austrália	Excluído	Conceito inadequado	O sentido de vida não é o foco central do estudo
21	Afrell M. et al 2007	Suécia	Excluído	Conceito inadequado	O sentido de vida não é conceptualizado nem analisado como constructo central
22	Williams et al., 2016	—	Excluído	Conceito inadequado	O sentido de vida não é o foco central do estudo
23	Bahmani B. et al, 2015	Irão	Excluído	Conceito inadequado	Foco em intervenção psicológica e outcomes de esperança e depressão, não no sentido de vida
24	Helder et al., 2025	EUA	Excluído	Conceito inadequado	Ênfase em coping religioso/espiritual, não na descoberta do sentido de vida
25	Rasi M. et al, 2014	Suíça	Excluído	Conceito inadequado	Foco na experiência do tratamento e gestão de sintomas, não no sentido de vida
26	Da Ponte et al., 2021	Portugal	Excluído	Cuidados paliativos	Critério de exclusão – Cuidados paliativos
27	Lee & Heo, 2019	Coreia do Sul	Excluído	Conceito inadequado	Foco no coping através de atividade física e bem-estar, não no sentido de vida enquanto constructo central