

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

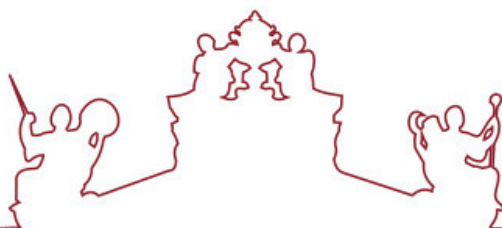
Relatório de Estágio

Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar

Ana Cristina Mendes Beja

Orientador(es) | Laurência Gemito

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

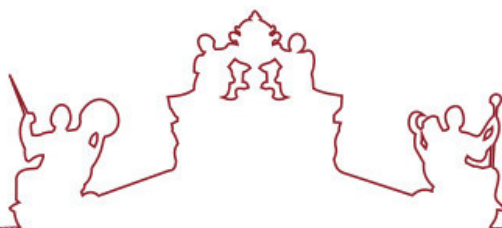
Relatório de Estágio

Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar

Ana Cristina Mendes Beja

Orientador(es) | Laurência Gemito

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)
Vogais		Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde)
		Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco (Instituto Politécnico de Portalegre) (Arguente)
		Laurência Gemitto (Universidade de Évora) (Orientador)

“Neste encontro entre o que se sente e o que se sabe da família, o que se vê quando se olha para as famílias, principalmente para outras que não a nossa, e, ainda, o que a ciência, quase à força, quer ensinar sobre a família, coloca-se a questão que retoma as afirmações iniciais:

Afinal, o que é a família?

(Relvas 2004, p.9)

AGRADECIMENTOS

A realização do presente relatório de mestrado representa o término de um percurso profícuo, embora exigente, marcado por inúmeros desafios, aprendizagens e um significativo crescimento pessoal e profissional. Este caminho não teria sido possível sem o apoio, incentivo e contributo de várias pessoas, às quais gostaria de expressar a minha mais sincera e profunda gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, pela disponibilidade, orientação científica, incentivo constante e pelas valiosas contribuições ao longo de todo este percurso.

À minha supervisora clínica, agradeço a orientação e o apoio demonstrado durante o desenvolvimento deste percurso académico.

À enfermeira gestora, expresso também o meu sincero agradecimento, pelas palavras de incentivo desde o primeiro momento e pela flexibilidade de horário concedida, sem este apoio, teria sido significativamente mais difícil alcançar este objetivo.

Ao meu marido e aos meus filhos, pelo amor, paciência e apoio incondicional em todos os momentos, especialmente nos mais desafiantes.

Por fim, agradeço a Deus e à minha Mãe, pela força que não se explica, mas que se sente, e que se revela quando olho para trás e reconheço a extensão e a intensidade de todo este percurso. Agradeço por me terem concedido a oportunidade, a determinação e a perseverança necessárias para alcançar este objetivo, pois sem esta dimensão espiritual teria sido impossível chegar até aqui.

Termino expressando a todos, os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu mais sincero reconhecimento e gratidão.

RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Enfermagem Comunitária, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar.

Apresenta uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante os Estágios, na Unidade de Saúde Familiar, tendo como referencial as Competências de Mestre, Comuns de Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com enfoque no projeto de intervenção *“Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar”*, que visa contribuir para a melhoria do percurso assistencial destas famílias.

A Diabetes constitui uma condição crónica com impacto significativo no funcionamento familiar, exigindo um acompanhamento multidisciplinar, articulado e integrado. O enfermeiro de família assume um papel central na promoção da saúde, educação terapêutica e capacitação das famílias. O projeto de intervenção com as famílias teve subjacente o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary e o modelo de Autocuidado de Orem.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar; Família; Diabetes Mellitus; Criança; Jovem

ABSTRACT

Families with children or young people with Diabetes Mellitus Type 1: Establishing connections in care

This internship report was prepared within the scope of the Master's Degree in Nursing, Community Nursing, Specialization in Family Health Nursing.

It presents a critical-reflective analysis of the activities carried out during the internship at the Family Health Unit, using as a reference the Master's Competencies, Common Specialist Competencies, and Specific Competencies of the Specialist Nurse in Family Health Nursing, with a focus on the intervention project "*Families with children or young people with diabetes: Establishing connections in care*", which aims to contribute to the improvement of the care pathway of these families.

Diabetes constitutes a chronic condition with a significant impact on family functioning, requiring multidisciplinary, coordinated, and integrated follow-up. The family nurse plays a central role in the promotion of health, therapeutic education and in the capacitation of families. The intervention project with families was grounded in the Calgary Family Assessment and Intervention Model and Orem's Self-Care Model.

Keywords: Family Nursing; Family; Diabetes Mellitus; Child; Young people

LISTA ABREVIATURAS/SIGLAS

ADA - Associação Americana de Diabetes
APA - American Psychological Association
BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DFBS - Diabetes Family Behavior Scale For Adolescents
DM1 - Diabetes Mellitus Tipo 1
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESF - Enfermagem de Saúde Familiar
GISEF - Grupo de Investigação em Saúde e Família
GTICSP - Grupo de trabalho para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental
HbA1c - Hemoglobina Glicada
ICN - International Council of Nurses
IDF - Federação Internacional de Diabetes
ISPAD - Sociedade Internacional de Diabetes Pediátrica e Adolescente
MCAIF - Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
OND - Observatório Nacional da Diabetes
PNV - Plano Nacional de Vacinação
PSI - Plano de Saúde Individual
RNU - Registo Nacional de Utentes
SARA - Sistema de Atendimento e Resposta Ágil
SIE - Sistema de Informação em Enfermagem
SPSCI - Sistema de Perfusão Contínuo de Insulina
SNS - Sistema Nacional de Saúde
UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. CONCEITO DE FAMÍLIA	19
1.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	22
1.3. ABORDAGEM SISTÉMICA DA FAMÍLIA	23
1.4. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	26
1.5. MODELO DE AUTOCUIDADO	30
1.6. DIABETES MELLITUS TIPO 1- IMPACTO NA FAMÍLIA	32
1.7. TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO PERCURSO ASSISTENCIAL	37
2. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	41
2.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR TREVO	43
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO	47
3.1. METODOLOGIA.....	48
3.2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	48
3.3. A RECOLHA DE INFORMAÇÃO	49
3.3.1. A Equipa da Unidade de Saúde Familiar Trevo	50
3.3.2. As Famílias com Crianças ou Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1	52
3.3.3. A Equipa de Peritos.....	54
3.4. OBJETIVOS	56

3.5. INTERVENÇÕES	56
3.5.1. Seleção das Famílias	57
3.5.2. Avaliação Familiar	58
3.5.3. Avaliação da Família Lopes	58
3.5.4. Avaliação da Família Costa	67
3.5.5. Planos de Cuidados das Famílias	75
Família Lopes	76
Família Costa	77
3.5.6. Intervenções com a Equipa da Unidade de Saúde Familiar Trevo	78
3.5.7. Intervenções com a Equipa de Peritos	80
3.6. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES	82
3.6.1. Avaliação da Intervenção com as Famílias	82
Família Lopes	82
Família Costa	84
3.6.2. Avaliação das Atividades Desenvolvidas com a Equipa da Unidade de Saúde Familiar Trevo	86
3.6.3. Avaliação das Atividades Desenvolvidas com a Equipa de Peritos	88
3.6.4. Análise SWOT	90
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	92
4.1. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	92
4.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	95

4.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	98
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
Apêndices.....	124
Apêndice A - Questionário à Equipe da USF.....	124
Apêndice B - Guião de Entrevista à Equipe da USF	124
Apêndice C - Guião de Entrevista às Famílias	128
Apêndice D - Guião de Entrevista à Equipe de Peritos	129
Apêndice E - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	130
Apêndice F - Guia Orientador para Profissionais da USF	130
Apêndice G - Avaliação da Sessão de Capacitação	130
Apêndice H - <i>Checklist</i> de Transição de Cuidados.....	130
Anexos.....	130
Anexo A - Escala DFBS (Família Lopes).....	130
Anexo B - Escala FACES II (Família Lopes)	130
Anexo C - Escala de GRAFFAR (Família Lopes).....	130
Anexo D - Escala de APGAR (Família Lopes)	130
Anexo E - Escala de FACES II (Família Costa)	130
Anexo F - Escala de APGAR (Família Costa)	147
Anexo G - Escala de GRAFFAR (Família Costa)	148
Anexo H - Escala DFBS (Família Costa).....	149

Anexo I - Escala de APGAR (2) (Família Lopes).....	150
Anexo J - Escala DFBS (2) (Família Lopes).....	151
Anexo K - Escala DFBS (2) (Família Costa).....	152
Anexo L - Divulgação do Projeto em Contexto de Seminário.....	153
Anexo M - Seminário “CUIDADOS COM OS PÉS NA PESSOA COM DIABETES” .	154
Anexo N - Seminário “Diabetes na Infância”	155
Anexo O - OPEN DAY “A OBESIDADE EM IDADE PEDIÁTRICA”	156
Anexo P - Ciclo de Webinars	157
Anexo Q - VI Congresso Internacional de Enfermagem em Saúde Familiar.....	158
Anexo R - Sustentabilidade em Saúde/Diabetes um Nome para Muitas Doenças	159
Anexo S - Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Genograma da Família Lopes	60
Figura 2 - Psicofigura de Mitchel da Família Lopes.....	60
Figura 3 - Ecomapa da Família Lopes	62
Figura 4 - Genograma da Família Costa	68
Figura 5 - Psicofigura de Mitchel da Família Costa	69
Figura 6 - Ecomapa da Família Costa.....	70
Figura 7 - Necessidades de Formação da Equipa da Unidade de Saúde Familiar ..	79
Figura 8 - Fluxograma de Articulação - Diagnóstico DM1 Inaugural	81
Figura 9 - Análise <i>SWOT</i>.....	90
Figura 10 - Processo de Decisão Clínica em Enfermagem	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de Cuidados da Família Lopes	77
Quadro 2 - Plano de Cuidados da Família Costa	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores da Sessão de Apresentação do Projeto.....	86
Tabela 2 - Indicadores da Sessão de Capacitação Teórica e Prática	87
Tabela 3 - Indicadores da Elaboração e Divulgação do Guia Orientador.....	88
Tabela 4 - Indicadores da Sessão de Apresentação do Fluxograma.....	89

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, da Universidade de Évora.

A Unidade Curricular [UC] Estágio em Enfermagem de Saúde Familiar com Relatório decorreu entre setembro de 2025 e janeiro de 2026, dando continuidade à UC Estágio em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada no 1.º ano, 2.º semestre do curso, representando o culminar do percurso formativo na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Familiar.

Ambos os estágios foram realizados na Unidade de Saúde Familiar [USF] Trevo (nome fictício), a qual pertence a uma Unidade Local de Saúde [ULS] do Alentejo.

Neste contexto, o período de prática clínica permitiu uma compreensão contextualizada do papel do Enfermeiro de Família nos Cuidados de Saúde Primários [CSP].

Segundo Melo (2021) os CSP visam garantir a acessibilidade, a proximidade e a continuidade na assistência, englobando tanto a prevenção como o tratamento de doenças, assim como a promoção da saúde e o acompanhamento ao longo da vida.

Em Portugal, as políticas de saúde implementadas nos últimos anos, particularmente, no que respeita à reorganização dos CSP e à criação das USF, têm reforçado a importância da família, como unidade central de estudo e de intervenção, reconhecendo o seu primordial papel, na promoção da saúde e no bem-estar dos seus membros (Correia et al., 2021).

A Enfermagem de Saúde Familiar tem-se desenvolvido sustentada num processo contínuo de evolução científica, acompanhando as políticas de saúde e respondendo de forma eficaz às necessidades dos cidadãos e das famílias (Melo, 2021). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE], o Enfermeiro de Família é um elemento fundamental e estruturante no seio dos CSP, enquanto promotor da saúde individual, familiar e comunitária (OE, 2018).

A elaboração do presente documento, sob a forma de relatório, assenta nesta perspetiva, tendo como base o Regulamento de Competências do Grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), as competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018). Encontra-se igualmente em consonância com os princípios

definidos no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012) e nos conteúdos programáticos das UC.

Neste sentido, o relatório pretende dar resposta aos objetivos definidos para a UC Estágio em Enfermagem de Saúde Familiar com Relatório, refletindo de forma crítica e fundamentada o processo de desenvolvimento de competências de Mestre, Comuns de Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, decorrente da prática clínica, bem como do planeamento e da implementação do projeto de intervenção intitulado, *“Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar”*.

A temática supracitada emergiu da experiência profissional da mestranda, tendo a sua pertinência sido posteriormente validada no contexto do estágio, na prática clínica.

No presente enquadramento, destaca-se a Diabetes Mellitus Tipo 1 [DM1] como uma das doenças crónicas mais frequentemente diagnosticadas na infância, a qual desencadeia um impacto significativo no funcionamento familiar (Lawrence et al., 2022). A complexidade do seu plano terapêutico exige um processo educacional estruturado e contínuo, sustentado numa abordagem multidisciplinar articulada e integrada, promotora da capacitação e tomada de decisão informada, por parte de todos os intervenientes (Ceran et al., 2024).

Assim, a coordenação eficaz entre os níveis de cuidados no percurso assistencial, revela-se determinante para assegurar intervenções adequadas e atempadas, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados às famílias com crianças ou jovens com diabetes (Khatri et al., 2023).

Face ao exposto o projeto de intervenção teve como objetivo geral contribuir para a melhoria do percurso assistencial das famílias com crianças ou jovens com DM1.

Para a consecução do referido projeto recorreu à metodologia do Planeamento em Saúde. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde constitui um instrumento fundamental que possibilita a identificação das necessidades de saúde da população, a definição de objetivos e estratégias de intervenção, bem como a avaliação das ações desenvolvidas, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Neste sentido, o projeto foi desenvolvido tendo como foco as famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1, utentes da referida USF, envolvendo também, a equipa de cuidados da mesma, enfermeiros e médicos, bem como uma equipa com Peritos da área dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares.

Assim, o presente documento encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro apresenta o enquadramento teórico que sustenta a temática. O segundo capítulo descreve o

contexto da prática clínica em Enfermagem de Saúde Familiar e no terceiro é apresentado o projeto de intervenção desenvolvido com as famílias e profissionais envolvidos no percurso assistencial. Por fim, o quarto capítulo contempla a análise reflexiva do desenvolvimento de Competências de Mestre, bem como das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, resultantes dos dois períodos de estágio na UFS Trevo. Posteriormente, apresenta as considerações finais, nas quais procede a uma reflexão global sobre o percurso formativo e o desenvolvimento das competências adquiridas ao longo dos estágios. Termina com as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos, que complementam a informação apresentada ao longo do documento.

Este respeita as diretrizes da sétima edição das normas de elaboração e organização de trabalhos da American Psychological Association (APA), a norma para de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora e o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa em vigor.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, vivemos numa era de múltiplas transições epidemiológicas, demográficas e políticas, que influenciam de forma significativa a abordagem à pessoa e exigem respostas complexas do Sistema Nacional de Saúde [SNS] (Amendoeira, 2024).

Contudo, mesmo com um cenário profundo e complexo, centrado ainda na dicotomia saúde/doença, a enfermagem desenvolve esforços, no sentido de “recriar em cada situação de cuidar as intervenções que personalizam o cuidado ajustado à pessoa” (Amendoeira, 2024, p. 22).

Nesta perspetiva de evolução do Cuidado, o desenvolvimento do conhecimento científico apresenta-se “como uma resposta a um agir fundamentado e centrado no core da disciplina” (Charepe, 2024, p. 69).

Assim, ao longo do presente enquadramento teórico serão explorados conceitos, autores e referenciais teóricos que permitem contextualizar a temática em análise, sustentando do ponto de vista teórico e científico, o presente relatório.

Deste modo, será abordado o conceito de família e a sua mutação ao longo do tempo, bem como o percurso de desenvolvimento da Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar. Serão ainda documentados modelos teóricos que sustentam a prática de enfermagem centrada na família, nomeadamente o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar [MCAIF] e o Modelo de Autocuidado de Orem, enquanto referenciais teóricos orientadores da avaliação sistémica familiar.

Destaca, igualmente, o conceito de Diabetes Mellitus Tipo 1 [DM1] e o seu impacto na família, assim como o conceito de transição de cuidados no percurso assistencial, enquanto áreas temáticas de particular relevância para a reflexão crítica subjacente ao presente relatório.

1.1 CONCEITO DE FAMÍLIA

Os cuidados de enfermagem centrados na família emergiram num contexto em que a prestação de cuidados se realizava maioritariamente no domicílio, verificando-se a sua

evolução, em consonância com o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

Desde Florence Nightingale, que a prática de enfermagem reconhece a família como um contexto fundamental de cuidado, promovendo a saúde, apoiando processos de adaptação e contribuindo para o equilíbrio familiar perante situações de vulnerabilidade e doença (Figueiredo & Fonseca, 2023).

Assim, a enfermagem tem demonstrado uma preocupação contínua em “pensar a família”, ajustando as suas intervenções às transformações que o próprio conceito de família tem vindo a sofrer ao longo do tempo (Fernandes, 2014, p. 31).

De facto, o conceito de família tem evoluído, refletindo mudanças na sua dinâmica, tipologia e funções, bem como nas relações entre os seus membros e na sua interação com a sociedade, transformações estas que decorrem da influência de fatores político-económicos, sociodemográficos e culturais (Fernandes, 2014; Henrique & Santos, 2019).

Em resultado do contributo de diversas áreas do conhecimento, deparamo-nos com múltiplas definições de família, sendo uma delas a definição jurídica, que a entende como o conjunto de indivíduos unidos por casamento, parentesco, afinidade ou adoção, nos termos do artigo 1576.º do Código Civil Português (Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de novembro de 1966, Ministério da Justiça).

Pese embora a referida definição jurídica, na perspetiva de Hanson (2005), família define-se por dois ou mais elementos autodefinidos que estabelecem relações de dependência emocional, física e económica. Deste modo, esta pode transcender os laços de consanguinidade, incorporando igualmente relações afetivas e emocionais significativas (Relvas, 2004). Por sua vez, Wright e Leahey (2009, p. 48), evidenciam a diversidade e subjetividade das experiências familiares, salientando que “a família é quem os seus membros dizem que são”.

Neste sentido, a enfermagem, enquanto disciplina científica, reconhece a complexidade das relações familiares, nas quais os seus membros partilham responsabilidades, objetivos e vínculos afetivos (Fernandes, 2014). Assim, o *Department of Family Nursing* (1985) define a família como “um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem no contexto de expectativas de afeição recíproca, responsabilidade partilhada e continuidade temporal” (Hanson, 2005, p. 6).

Por sua vez, a OE (2008, p. 1), reforça a dimensão cognitiva e emocional, afirmando que “falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos”.

A *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* [CIPE] define família como “uma unidade social constituída por membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo pessoas significativas, reconhecendo que o todo é mais do que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2005, p. 65).

No entanto, apesar da existência de diferentes configurações e definições de família, diversos autores concordam que as funções de suporte físico, psicológico e social permanecem inalteradas, uma vez que é no seio da família que os indivíduos nascem, crescem e encontram sustentação nas várias dimensões do desenvolvimento (Henrique & Santos, 2019). Assim, Hanson (2005), considera que o afeto é o valor base, comum a todos os possíveis modelos de família contemporânea.

Nesta perspectiva, a família funciona como um sistema complexo e dinâmico, constituído por uma rede de laços afetivos e relacionais (Relvas, 2000; Relvas & Alarcão, 2002). Por sua vez, Marinheiro (2007, p. 19), concetualiza esta unidade como “a célula fundamental da sociedade”, caracterizando-a como um espaço de convivência intergeracional, de desenvolvimento da personalidade, de transmissão de princípios éticos e sociais e de organização do cuidado à saúde e bem-estar dos seus membros (Correia et al., 2021; Rostaminasab, et al., 2023).

Neste sentido, o sistema familiar assume múltiplas funções, determinadas pela sua estrutura e dinâmica, que se repercutem diretamente na saúde dos indivíduos e da própria família, quer enquanto unidade responsável pelo crescimento, desenvolvimento e manutenção dos seus membros, quer enquanto instituição social (Hanson, 2005). É neste contexto que a família, transcendendo as inúmeras definições que têm sido atribuídas ao longo dos tempos, constitui um espaço privilegiado de aprendizagem de comportamentos promotores de saúde, bem como de desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados em situação de doença (Figueiredo, 2012).

Reconhecendo a centralidade da família nos processos de saúde e doença, o ICN sublinha a necessidade de os sistemas de saúde adotarem uma perspectiva centrada na família, incentivando a criação de programas que integrem o Enfermeiro de Saúde Familiar e apelando à definição de políticas que regulamentem esta prática e valorizem a Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

1.2. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

No contexto europeu, a Organização Mundial da Saúde [OMS], no âmbito da iniciativa Saúde 21, definiu entre as suas 21 metas a promoção da saúde para todos no século XXI, introduzindo o conceito de Enfermeiro de Saúde Familiar, como elemento central das políticas de saúde. Este profissional assume um papel estratégico, contribuindo não apenas para a promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a intervenção em situações de incapacidade crónica e para a orientação das famílias na utilização e gestão dos cuidados de saúde, fortalecendo assim o papel da família enquanto unidade fundamental no sistema de saúde (OMS, 2000, citado por Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

Em Portugal, a OE apresentou, em 2007, a proposta de *Especialização em Saúde Familiar*, estruturada em torno dos projetos de saúde das famílias, considerando os processos de saúde-doença. Esta especialização reflete a necessidade de intervenção nos diversos domínios da saúde familiar, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, a reabilitação funcional e a reintegração social em diferentes contextos (OE, 2007 citado por Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

Assim, a primeira referência legal ao Enfermeiro de Família, em Portugal, surge com a regulamentação das USF, no *Decreto-Lei n.º 298/2007*, de 22 de agosto, que oficializa a prática deste profissional (Ministério da Saúde, 2007). Posteriormente, o *Decreto-Lei n.º 118/2014*, de 5 de agosto no Artigo 2º, define o Enfermeiro de Família como o "profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade" (Ministério da Saúde, 2014, p. 4070).

Dando continuidade à consolidação desta especialidade, a OE publicou, em 2015, os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Familiar*. Os mencionados padrões posicionam o Enfermeiro Especialista, como o profissional de referência na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital. Este enfermeiro integrado numa equipa interdisciplinar, assume a responsabilidade pelo acompanhamento de um número limitado de famílias, atuando como elo entre estas e os serviços de saúde.

Neste contexto de valorização, a OE reconhece a crescente relevância do Enfermeiro de Família, e aprova o *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar* decretado no *Regulamento n.º 428/2018*, de 16 de julho (Anexo II, p. 19357 - 19359), no qual prevê que este profissional deve:

- Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital aos diferentes níveis de prevenção; liderar e colaborar em processos de intervenção.

Assim, a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, deve ser orientada por uma perspetiva sistémica, holística e global, estruturada com base em teorias e modelos que permitam avaliar e responder de forma eficaz às necessidades familiares, tendo em conta a influência dos determinantes de saúde (Figueiredo, Monteiro & Subtil, 2023).

1.3. ABORDAGEM SISTÉMICA DA FAMÍLIA

Nesta perspetiva, Machado et al., (2023), argumentam que o exercício de enfermagem profissional e autónomo com cuidados de qualidade está diretamente relacionado com a utilização de modelos, uma vez que estes funcionam como referenciais teóricos que orientam a prática dos cuidados e promovem a articulação entre a área disciplinar e o exercício profissional.

Do ponto de vista teórico, a abordagem sistémica assenta em contributos fundamentais da *Cibernética*, *Teoria Geral dos Sistemas* e da *Teoria da Comunicação*. A *Cibernética*, proposta por Wiener (1950), destaca o modo como os sistemas interagem com o meio, enfatizando os mecanismos de regulação e *feedback* que sustentam o seu funcionamento (Machado et al., 2023). Mais tarde, Bertalanffy entre 1959 e 1968, com a *Teoria Geral dos Sistemas*, amplia esta perspetiva ao demonstrar a presença de dinâmicas sistémicas em diferentes áreas do conhecimento, defendendo que os sistemas são constituídos por partes interligadas, cuja interação influencia o seu funcionamento interno e a relação com o meio externo (Machado et al., 2023). No outro ponto da abordagem sistémica, encontra-se a *Teoria da Comunicação* defendida por Gregory Bateson e colaboradores, de acordo com estes teóricos a comunicação desempenha um papel fundamental da formulação de regras, na interpretação do ambiente familiar, em termos de relações emocionais e de conflito (Machado et al., 2023).

Neste sentido, a família é considerada um sistema aberto, vivo e dinâmico, no qual cada elemento influencia e é influenciado, num todo organizado com objetivos comuns, em mútua interação entre os seus membros e com o meio ambiente (Jackson, 1965; Gameiro, 1992, citados por Alarcão, 2002). A riqueza e complexidade das relações estabelecidas no seio

familiar conferem-lhe esta natureza sistémica, na qual se destacam funções internas, relacionadas com a proteção, autonomia e sentimento de pertença, e funções externas, associadas à transmissão de valores, cultura e à integração social (Alarcão, 2002).

Assim, a avaliação sistémica exige uma compreensão ampla da família, incluindo a sua estrutura, funções e desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, reconhecendo que o comportamento de cada membro influencia e é influenciado pelas interações dentro do sistema e fora dele, nos vários níveis de relação, de contexto e de tempo (Alarcão, 2002; Figueiredo, 2012).

Face ao exposto, a avaliação deve contemplar o princípio *da globalidade*, considerando que, a mudança num dos membros da família repercute alterações nos outros elementos, bem como na estrutura relacional do sistema familiar, conduzindo à retroalimentação entre as partes (Machado et al., 2023). Para além disso, os membros individuais do sistema, podem ser ao mesmo tempo o todo do sistema, evidenciando a sua componente de autonomia (Minuchin, 1990).

Machado et al., (2023) defendem também que os sistemas abertos se distinguem pela *equifinalidade*, entendida como a capacidade de atingir resultados semelhantes a partir de condições iniciais distintas, bem como de produzir desfechos diferentes a partir de causas semelhantes.

Ainda neste âmbito, de acordo com o *princípio hologramático* do sistema familiar, o indivíduo pode ser considerado como um subsistema da unidade familiar ou um sistema que faz parte de outros sistemas, sendo a família composta por vários subsistemas (Figueiredo, 2012). Os subsistemas internos; individual (holon), conjugal, parental e fraternal, mantêm uma relação contínua com sistemas externos, organizados hierarquicamente e delimitados por fronteiras que regulam a passagem de informação e preservam a identidade do grupo (Alarcão, 2002; Minuchin, 1990).

Cada subsistema desempenha funções específicas; o *individual* refere-se ao desenvolvimento e aos papéis de cada membro dentro e fora do sistema familiar; o *conjugal* centra-se na reciprocidade e suporte mútuo do casal. Na perspetiva de Figueiredo (2012), a conjugalidade tem tendência a sofrer alterações, ao longo do ciclo vital, influenciada por vários fatores, nomeadamente, o nascimento dos filhos associado às novas funções inerentes à parentalidade ou na presença de transições não normativas. Assim, Relvas e Alarcão (2002), consideram que a satisfação conjugal pode influenciar a funcionalidade e coesão do casal.

O subsistema parental assume responsabilidades educativas e protetoras, podendo incluir membros além dos pais. Figueiredo (2012) ressalva que devido às transformações sociais, as funções parentais ao longo do ciclo vital, têm vindo a sofrer alterações.

O subsistema fraternal promove a socialização e competências relacionais entre irmãos, que contribuem para o desenvolvimento de competências sociais, importantes na relação com outros sistemas e subsistemas (Alarcão, 2002).

No que concerne aos suprassistemas, estes envolvem a família alargada e a rede social de apoio (Figueiredo, 2012). De acordo com esta perspetiva, a avaliação sistémica da família permite identificar gerações, limites, papéis, relações de poder, alianças e padrões de comunicação. No entanto, a unidade familiar está sujeita a oscilações na sua dinâmica e equilíbrio, uma vez que, ao longo do seu desenvolvimento, atravessa uma “sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas”, conceito conhecido como Ciclo Vital Familiar (Relvas, 2000, p. 16).

Neste continuum, a família enfrenta transições normativas e não normativas que afetam tanto o todo, como os membros individualmente, exigindo adaptação, e capacidade de aprendizagem e desenvolvimento, para manter o equilíbrio do sistema, face a alterações dos processos de saúde da família (Relvas, 2000; Figueiredo, 2012).

Contudo, Dias (2001) considera que a adaptação pode depender da capacidade da família em mobilizar recursos e sistema de forças, internos e externos ao sistema familiar, de forma a manter a coesão, flexibilidade e um padrão de comunicação baseado na congruência, facilitador da tomada de decisão partilhada (Figueiredo, 2012).

Por sua vez, Silva, Kraus e Figueiredo (2023), consideram que os processos de adaptação e de transição serão sempre acompanhados de algum nível de *stress*, mesmo na presença de estratégias de *coping* e que a capacidade e o tempo que a família precisa para se reajustar, depende, principalmente, do tipo de acontecimento e da perceção de que o cuidador não é apenas quem cuida, mas alguém que também precisa de cuidado e de capacitação a todos os níveis.

Deste modo, o foco de intervenção direciona-se, tanto para o indivíduo, como um ser biopsicossocial e espiritual singular, com uma história resultante da genética e das suas vivências, como para as relações e interações familiares (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Nesta linha, Figueiredo (2023), destaca a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade inerentes às interações familiares, sublinhando, também, a capacidade de auto-organização do sistema perante contextos imprevisíveis. Wright e Leahey (2009) corroboram e acrescentam que os comportamentos dos elementos da família devem ser

entendidos não sob uma perspectiva linear, mas de causalidade circular, valorizando o todo e as partes indivisíveis.

Esta conceção exige a ampliação do foco de observação, integrando a interdependência e a complexidade das relações intra e intersistémicas, assim como a globalidade, a equifinalidade e multiplicidade de significados que caracterizam o funcionamento familiar, baseado numa avaliação sistémica que articula as dimensões *estrutural*, de *desenvolvimento* e *funcional* do sistema familiar, preconizadas no Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar [MCAIF] (Figueiredo, 2012).

1.4. MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

A OE defende que os modelos e teorias de enfermagem são essenciais para estruturar, fundamentar e dar significado à prática profissional. Estes modelos orientam a tomada de decisão, promovem um exercício profissional rigoroso e asseguram uma atuação baseada em pressupostos científicos e filosóficos (OE, 2023).

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar [MCAIF] é considerado um referencial teórico fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem na prática clínica. Reconhecido pelo ICN como um instrumento estruturante das boas práticas na Enfermagem de Saúde Familiar, este modelo possibilita uma abordagem sistémica e integrada da família, avaliando a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (Wright & Leahey, 2012; Shajani & Snell, 2019, citado por OE, 2023).

No que respeita à estrutura operativa do modelo, a avaliação familiar incide sobre áreas de atenção integradas em três dimensões: *estrutural*, de *desenvolvimento* e *funcional*.

A análise destas dimensões constitui um guia orientador para a intervenção do enfermeiro de família; contudo, atendendo à complexidade e singularidade de cada contexto familiar, cabe ao enfermeiro determinar as áreas que requerem maior enfoque (Correia, et al., 2021).

A *dimensão estrutural* incide sobre a estrutura interna e externa da família, visa identificar a sua composição, ordem de nascimento, género e orientação sexual. Identifica ainda os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família extensa e sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012), bem como aspetos do controlo ambiental, crenças, espiritualidade, religião e a importância da classe social na definição de estilos de vida e de comportamento (Hanson, 2005).

Neste processo de intervenção, é fundamental que o enfermeiro estabeleça uma relação terapêutica, adotando uma postura neutra, de interesse e isenta de juízos de valor, com foco no aqui e agora da vida familiar, de forma a possibilitar a construção fidedigna dos instrumentos de avaliação familiar (Wright & Leahey, 2009).

Assim, o Genograma, o Ecomapa e a Psicofigura de Mitchell constituem instrumentos fundamentais na avaliação estrutural interna, externa e contextual da família (Santos, 2012, citado por Figueiredo, 2012).

Estes instrumentos são considerados flexíveis e dinâmicos, com elevado potencial para explorar dados relevantes, representados graficamente, facilitando a leitura e interpretação da estrutura e funcionamento familiar, das relações e ligações com o contexto externo, dos problemas de saúde, recursos e acontecimentos de vida significativos, permitindo identificar as áreas mais prioritárias de intervenção (Figueiredo, Rego & Vitor, 2023).

Ainda neste domínio, Santos (2023), acrescenta que o *Ecomapa* permite uma visão mais abrangente das relações e interações sociais da família.

Por sua vez, Figueiredo, Rego e Vitor (2023), falam-nos da abordagem multidimensional da saúde familiar, com referência à *Escala de Graffar*, para avaliação das condições socioeconómicas e identificação da classe social da família. Os autores consideram que uma família com rendimentos mais baixos, pode ter maior dificuldade de acessibilidade aos recursos materiais, sociais, económicos e políticos. De acordo com Figueiredo (2009), a classe social influencia, também, a organização e dinâmica familiar, bem como a utilização dos serviços de saúde e dos serviços sociais.

Relativamente, à compreensão do contexto *de desenvolvimento* no sistema familiar implica o reconhecimento do ciclo vital da família como um processo conjeturável e individual, constituído por uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento e processos evolutivos associados a eventos transacionais (Figueiredo, 2012; Silva, Kraus & Figueiredo, 2023). Estes autores salientam que o tipo de transição assume um papel determinante no processo de adaptação, uma vez que, somente, os acontecimentos normativos possibilitam a implementação de cuidados antecipatórios.

Neste sentido, Augusto (2023), acrescenta que as transições não normativas, pela sua imprevisibilidade, podem ter consequências profundas na saúde familiar e exigir uma reorganização nos papéis e tarefas.

Assim, a análise do modo como a família se reorganiza e mantém o seu funcionamento, possibilita ao enfermeiro compreender a sua trajetória de vida, as experiências acumuladas e o respetivo processo de desenvolvimento, orientando uma intervenção individualizada e

ajustada às necessidades familiares, com a finalidade de promover a sua capacitação (Santos, 2023; Silva, Kraus & Figueiredo, 2023).

Nesta abordagem, Relvas (2000) defende que a conceitualização do ciclo vital da família, evidencia a continuidade nas relações humanas, nomeadamente nas relações familiares. Todavia, apesar do MCAIF constituir um instrumento importante para o diagnóstico e planeamento das intervenções, não deve ser aplicado numa perspetiva linear, que desconsidere a individualidade da família. Este autor, adaptou o ciclo vital de Minushin e Fishman (1990) e delimitou-o em cinco etapas; *Formação do casal* (conjugalidade, subsistema conjugal), *Família com filhos pequenos* (transição para a parentalidade), *Família com filhos na escola* (socialização da criança e abertura do sistema familiar), *Família com filhos adolescentes* (mudança na relação pais-filho, autonomia adolescente) e a *Família com filhos adultos* (relação adulto-adulto, renegociação do sistema conjugal) (Relvas, 2000).

Nesta perspetiva, Relvas (2004 p. 16), considera que “os papéis parentais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos, (...) mas também procuram responder positivamente às expectativas sociais (...)”.

Por fim, a análise da dimensão *funcional*, diz respeito aos padrões de interação familiar que possibilitam, complementarmente, o desenvolvimento das funções e tarefas familiares de forma contínua, evolutiva e dinâmica, promotora da sustentabilidade do sistema familiar, como um todo co-evolutivo (Figueiredo, 2012).

Neste domínio do funcionamento expressivo, ou seja, os detalhes comportamentais expostos pela própria família, podem ser avaliados pela Escala de FACES II (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*), que classifica as famílias/casais no Modelo Circumplexo de Olson (1997) modelo este que aborda o funcionamento familiar baseado no conceito da coesão e no conceito da adaptabilidade, possibilitando inferir as áreas nas quais o funcionamento familiar se encontra alterado, através das seguintes variáveis; ligações emocionais, limites, tempo, espaço, decisões, interesse e lazer (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023).

No que diz respeito à *adaptabilidade*, os autores consideram a capacidade de adaptação da família perante situações de *stress*, que conduzem a alterações de liderança, de regras e de papéis, sendo classificada como rígida, estruturada, flexível e muito flexível. Em relação à coesão, a família pode ser classificada em desmembrada, separada, ligada e muito ligada.

Com a *Escala de Apgar Familiar de Smilkstein*, pretende-se avaliar a satisfação de cada elemento, relativamente à sua própria Família, num determinado momento (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023). A sua aplicação deve ser realizada aquando de uma transição no ciclo vital

familiar ou sempre que ocorra uma alteração na família e que se considere pertinente a sua avaliação. Resultados entre sete e dez pontos sugerem que a família é altamente funcional, entre quatro e seis pontos consideram a família moderadamente disfuncional e até três pontos indicam que a família é disfuncional (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023).

Ainda, na dimensão *funcional*, enquadra-se, também, o funcionamento instrumental, o qual abrange as várias atividades de vida diárias com suporte no *Modelo de Roper, Logan e Tierney* (2001). Este modelo de enfermagem centra-se na valorização da promoção da independência do indivíduo em todas as fases de vida e salienta a intervenção de enfermagem mantendo a dignidade da pessoa, mesmo em situações de dependência. Das subcategorias que integra, o enfermeiro seleciona quais explorar e avaliar em cada família e em que momento, pois nem todas as subcategorias necessitam ser avaliadas num primeiro contacto e algumas, eventualmente, poderão nunca ser necessárias (Wright & Leahey, 2009).

Estas autoras defendem que alterações no funcionamento instrumental da família tendem, quase sempre, a repercutir-se no funcionamento expressivo. Contudo, salientam que a ausência de alterações no funcionamento instrumental não exclui a possibilidade de existirem dificuldades ao nível do funcionamento expressivo.

Neste sentido de intervenção, Wright e Leahey (2009), também consideram o MCAIF, uma estrutura organizada que se centra na promoção, melhoria e sustentação de um funcionamento familiar mais eficaz em três áreas complementares; *cognitivo, afetivo e comportamental*. Santos (2023) corrobora a anterior ideia e acrescenta que a intervenção de enfermagem eficaz, a este nível, traduz-se em ganhos em saúde.

Segundo esta perspetiva, o MCAIF ajuda a identificar o domínio predominante do funcionamento familiar que carece de mudança e a intervenção mais apropriada para que a mudança naquele domínio aconteça, tendo em linha de conta que a mudança num domínio, conduz a alterações nos restantes (Wright & Leahey, 2009).

Este modelo constitui um verdadeiro mapa, uma vez que, através das suas diferentes dimensões, permite ao enfermeiro realizar uma avaliação integrada das forças e fragilidades do sistema familiar, explorando de forma aprofundada áreas específicas do seu funcionamento (Wright & Leahey, 2009). Santos (2023) salienta que, no final do processo de avaliação, é fundamental que o enfermeiro proceda a uma análise e reflexão crítica, de modo a compreender o funcionamento atual da família e, em conjunto com esta, formular um diagnóstico e planear as respetivas intervenções.

Por sua vez, Correia et al., (2021) defendem que este modelo, ao promover uma atuação padronizada, potencia a implementação de intervenções em parceria com a família, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Face ao exposto, de acordo com as suas competências (Regulamento n.º 428/2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com base no MCAIF, estabelece uma relação terapêutica com a família, colhe dados pertinentes, concebe um plano de ação em parceria, monitoriza as respostas, capacita os seus elementos e avalia a necessidade de articulação com outras equipas (OE, 2018).

Neste contexto de intervenção familiar, a promoção do autocuidado, particularmente em situações de transição complexa, como o diagnóstico de doença crónica numa criança ou jovem, assume-se como eixo estruturante da intervenção de enfermagem, sustentando a abordagem que será desenvolvida no capítulo seguinte.

1.5. MODELO DE AUTOCUIDADO

O Congresso da Constituição da OMS, em 1948, reacendeu o conceito de Autocuidado na perspetiva biopsicossocial, evidenciando o cuidado integral da pessoa e da promoção da autoconsciência de responsabilização no Autocuidado, promotores de bem-estar e qualidade de vida (Mestre, et al., 2024).

Todavia, foi em 1967, no trabalho realizado pelo *Nursing Development Conference Group* que foi validada a concetualização do Autocuidado, iniciada por Dorothea Orem. Mais tarde, em 2001, a teórica viria a apresentar a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado que tem continuidade na Teoria do Autocuidado, do Défice de Autocuidado e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Mestre, et al., 2024).

No âmbito da família com criança ou jovem com uma doença crónica (DM1), a Teoria do Autocuidado e do Défice de Autocuidado assume um pertinente interesse, uma vez que, o tratamento da DM1 em idade pediátrica, exige dos pais novas e complexas competências de cuidado, os quais necessitam de suporte para as desenvolver e implementar (Pinto & Malheiro, 2022).

Orem (2001) define autocuidado como as atividades que o indivíduo necessita de desenvolver para atingir e manter o bem-estar, dependendo das suas capacidades cognitivas, de memória e de perceção, bem como as habilidades e valores que o tornam agente de autocuidado (ESEP, 2021).

De acordo com Gray (1996), citado por Figueiredo (2012, p. 13) a adaptação do modelo de Orem à família “centra-se nas competências dos indivíduos e da família para desenvolverem comportamentos que permitam o desenvolvimento adequado enquanto sistema individual ou familiar.”

A teoria do déficit de autocuidado, de Dorothea Orem (2001), refere-se às ações desenvolvidas por outro, quando o próprio não consegue, autonomamente, cuidar de si próprio (ESEP, 2021). Para além disso, considera a família como o meio onde o indivíduo aprende a cultura, os papéis e responsabilidades, sendo também o principal apoio para que ele possa cuidar de si próprio (Hanson, 2005).

Segundo Orem (2001), o déficit de autocuidado ocorre quando a capacidade do indivíduo para atender às suas necessidades é insuficiente. Este déficit pode ser classificado como total, se a pessoa é totalmente incapaz de atender às suas necessidades, ou parcial, se é capaz de atender a algumas, mas não a todas (Orem, 1991, citado por ESEP, 2021).

Um dos conceitos centrais desta teoria é exatamente a intervenção de enfermagem, que visa apoiar o paciente na satisfação das suas necessidades de autocuidado. De acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, essa intervenção pode ser totalmente compensatória (o enfermeiro compensa a incapacidade do paciente), parcialmente compensatória (o enfermeiro substitui o paciente em algumas atividades) ou de apoio e educação (o enfermeiro proporciona conhecimento, apoio na decisão e capacita a família para o autocuidado) (Gaspar et al., 2019).

Figueiredo (2012, p. 13), menciona o valor do modelo de Autocuidado de Dorothea Orem uma vez que este tem em consideração “as transições subjacentes aos processos de desenvolvimento individual ou que decorrem de alterações do bem-estar associadas a situações de doença aguda ou crónica”.

Nesta perspetiva, aquando do diagnóstico de DM1 de uma criança ou jovem, as famílias apresentam, predominantemente, um déficit total de autocuidado, sendo necessárias intervenções de enfermagem totalmente compensatórias. No entanto, à medida que adquirem conhecimento e habilidades para gerir a doença, a intervenção de enfermagem passa gradualmente para um modelo de apoio e educação, com o objetivo de promover a autonomia da família na gestão do autocuidado da criança ou do jovem (Pinto & Malheiro, 2022).

De acordo com Orem (2001) a intervenção consiste em atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir; assegurar apoio físico e psicológico e também, desencadear o desenvolvimento pessoal, através do ensino e capacitação (ESEP, 2021).

Segundo Mestre, et al., (2024, p. 5), o princípio básico do conceito de Autocuidado é a responsabilidade individual no desenvolvimento de ações que levem ao Autocuidado, de forma a diminuir os contactos com os serviços de saúde; constituindo um “importante indicador de resultado”.

Neste sentido, torna-se evidente a relevância da promoção do Autocuidado das famílias com crianças ou jovens com DM1 ao longo do percurso assistencial, cuja temática será aprofundada no capítulo seguinte.

1.6. DIABETES MELLITUS TIPO 1- IMPACTO NA FAMÍLIA

A doença crónica em pediatria pode ser entendida como uma condição física ou mental que repercute alterações nas atividades de vida, podendo conduzir a hospitalizações frequentes, cuidados domiciliários e/ou cuidados terapêuticos específicos (Mokkink et al., 2008). Segundo Barros (2003), caracteriza-se por ser indesejada, incontroável, ou parcialmente controável e ter consequências imprevisíveis.

A DM1 é uma das doenças crónicas mais frequentemente diagnosticada na infância (DGS, 2019; Lawrence, et al., 2022). A taxa de incidência tem vindo a aumentar 3-4%, sobretudo nas crianças mais jovens, tendo como principal causa os fatores ambientais, dado que se trata de uma modificação demasiado rápida para ser atribuída a fatores genéticos (DGS, 2019).

De acordo com o *International Diabetes Federation* [IDF] (2021), esta doença afeta, por ano, cerca de 648.000 crianças com idade inferior a 15 anos, em todo o mundo. A taxa de incidência tem aumentado, especialmente entre os 5 e os 7 anos de idade e no início da puberdade (Ispriantari et al., 2023).

Em Portugal, de acordo com os últimos dados publicados no Registo DOCE (2014), 3.365 crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos têm DM1, representando 0,16% da população portuguesa, nesse grupo etário (Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

O último Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, não faz referência a dados em idade pediátrica (Observatório Nacional da Diabetes, 2025).

A DM1 para além de doença crónica é caracterizada pela destruição autoimune das células beta pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina, com consequente défice dessa hormona. Considera-se, que a etiologia é multifatorial, com evidência de predisposição genética, que na presença de um fator ambiental desencadeia uma resposta autoimune contra

os antígenos pancreáticos (Neves et al., 2017; Pinto & Malheiro, 2022). Este processo resulta numa produção insuficiente ou inexistente de insulina, comprometendo a regulação dos níveis de glicose no organismo. A sintomatologia inicial cursa frequentemente com polidipsia, poliúria e perda de peso (Martins & Oliveira, 2023). Como consequência, observa-se uma hiperglicemia persistente, que conduz num curto prazo a um quadro de cetoacidose diabética e um aumento do risco de complicações microvasculares e macrovasculares a médio e longo prazo (DGS, 2019). De acordo com as *guidelines* do Consenso *Internacional Society For Pediatric and Adolescent Diabetes* [ISPAD] de 2022, o aparecimento precoce de DM1, aumenta significativamente, o risco de doença cardiovascular e de mortalidade prematura.

A gestão eficaz da DM1 assenta em quatro pilares fundamentais: administração de insulina (o mais próximo possível da reposição fisiológica), alimentação equilibrada com contabilização de Hidratos de Carbono [HC], prática regular de atividade física e monitorização da glicémia (DGS, 2019).

A evidência científica demonstra que um controlo glicémico adequado tem uma correlação direta com melhores resultados clínicos, tanto a curto, como a longo prazo (Lawrence et al., 2022).

A Hemoglobina Glicada [HbA1C] é um dos principais marcadores do controlo glicémico (Isprantari et al., 2023), mais recentemente, considera-se também, o tempo no alvo (ISPAD, 2022). De acordo com as orientações do ISPAD, o tratamento da DM1 em crianças deve ter como objetivo manter os níveis de HbA1C abaixo de 7%, visando reduzir o risco de complicações micro e macrovasculares (Isprantari et al., 2023). No caso de crianças e jovens com um acompanhamento rigoroso, podem mesmo atingir com segurança uma HbA1C abaixo de 6,5% e 70% do tempo no alvo, ou seja entre (70-180mg/dl) (ISPAD, 2022).

Acresce que, para além de ser uma doença crónica e complexa, a DM1 exige cuidados contínuos e a implementação de estratégias multifatoriais que ultrapassam o controlo glicémico, envolvendo também dimensões educativas, psicossociais e comportamentais (Serrabulho & Montesinos, s.d).

Almeida e Pereira (2011, p. 56) citam Thoits (1986) que aborda o construto de Suporte Social como "o grau em que as necessidades sociais básicas do indivíduo (de afiliação, de afeto, de identidade, de pertença, de segurança ou de aprovação) são satisfeitas através da interação com os outros." Estes autores baseiam-se, também, em Schwarzer e Leppin (1991), ao considerarem que o suporte social é fundamental na prevenção da doença, na promoção da saúde e na adesão terapêutica. Ainda, no mesmo artigo, fazem referência a um estudo desenvolvido por Ellerton, Stewart, Ritchie e Hirth (1996), os quais estudaram o suporte social

em crianças com doenças crônicas, incluindo a diabetes, e constaram que em todos os grupos, os elementos da família eram mencionados como os que asseguravam um maior suporte.

Neste sentido, a *Associação Americana de Diabetes* (ADA, 2020) enfatiza a importância de uma abordagem familiar integrada, para otimizar o tratamento da DM1, desde o diagnóstico, uma vez que, o envolvimento ativo da família no acompanhamento da criança ou jovem contribui para um melhor controle glicêmico, reduzindo o risco de complicações e favorecendo a adesão ao tratamento. Uma intervenção multidisciplinar individualizada e centrada na estrutura, nas necessidades e na dinâmica da família, é basilar para o processo de capacitação, de tomada de decisão e de adaptação ao tratamento da DM1 (Pinto & Malheiro, 2022).

Todavia, para dar resposta às exigências do tratamento, as famílias podem ser confrontadas com desafios relevantes ao nível da gestão diária, da reorganização das rotinas, dos papéis familiares e na implementação de estratégias de *coping*, o que pode ter impacto na sua saúde física e emocional (Macedo et al., 2015).

Assim, o diagnóstico de uma doença crónica pode condicionar a vida da família e da criança ou jovem, podendo ser caracterizado por um percurso difícil, marcado por um elevado nível de *stress* emocional, angústia e incerteza (Silva, et al., 2018). A evidência científica documenta a possibilidade da ocorrência de alterações na relação conjugal, presença de exaustão, alterações do sono, ansiedade e depressão entre os familiares (Figueiredo et al., 2009; Rostaminasab et al., 2023). Colesante et al., (2015), salientam que o papel de cuidador principal, na maioria das vezes, ainda assumido pela mãe, exige uma capacidade emocional desmedida e de elevada sobrecarga.

Deste modo, durante a infância, os pais assumem a maior parte das responsabilidades no tratamento da criança, contudo, com a transição para a adolescência, essas responsabilidades começam gradualmente a ser transferidas para o próprio jovem, exigindo adaptações na dinâmica familiar e no apoio proporcionado pelos cuidadores (Almeida & Pereira, 2011). Esta fase de transição pode ser particularmente desafiante, uma vez que a vivência de uma doença crónica tende a associar-se a uma maior vulnerabilidade emocional (Morawska et al., 2015). Assim, na adolescência, período marcado pela busca de autonomia e pela afirmação da identidade, os limites impostos pela doença, pelo tratamento e pela proteção parental podem dificultar esse processo, levando o adolescente a adotar estratégias de defesa, como a desvalorização da opinião externa (Akre & Suris, 2014; Martins & Oliveira, 2023). Para além disso, as alterações físicas e psicológicas, podem desencadear um

comprometimento da imagem corporal, da sexualidade e até da socialização (Santos, et al., 2017).

Martins e Oliveira (2023), alertam, também, para outras condições que podem prejudicar o controlo glicémico, durante a infância e adolescência, destacando as alterações hormonais, o padrão irregular de alimentação, atividades escolares, maior predisposição para infeções, bem como a qualidade e a coesão das relações no seio familiar. Assim, as exigências do desenvolvimento e a necessidade de adesão terapêutica entram muitas vezes em conflito (Almeida & Pereira, 2011).

As intervenções baseadas no nível de desenvolvimento da criança, na estrutura familiar, com foco na capacitação e no empoderamento, no âmbito da educação terapêutica, são essenciais para a promoção do autocuidado e para a manutenção da qualidade de vida da criança ou jovem e das famílias que convivem com doença crónica, contribuindo para ganhos significativos em saúde (Nansel, 2012, citado por Ispriantari et al., 2023).

Neste contexto, a OMS definiu, em 1998, a educação terapêutica como o conjunto de atividades educativas essenciais à gestão de condições patológicas, conduzidas por profissionais de saúde devidamente formados, com o objetivo de apoiar a pessoa e a sua família na gestão do tratamento, na prevenção de complicações evitáveis e na manutenção ou melhoria da qualidade de vida (Ricci et al., 2024).

Para que estes objetivos sejam alcançados, a educação terapêutica pressupõe um processo de comunicação efetivo entre o doente, a família e a equipa multidisciplinar. Este processo implica conhecer as necessidades físicas e emocionais, explorar os recursos familiares, a identificação de mecanismos de *coping*, a avaliação de forças, fragilidades e crenças, bem como o reforço das ligações com a rede de suporte alargada, de modo a mobilizar competências parentais existentes e consolidar a aquisição de outras, contribuindo para uma maior autonomia (Lopes, 2015; Gaspar et al., 2019).

Face ao exposto, a educação terapêutica deve iniciar-se no internamento e prolongar-se ao longo da transição de cuidados, assumindo particular relevância no planeamento da alta e na articulação, em tempo útil, com a rede de apoio alargada (Hirschman et al., 2015, citado por Santos et al., 2023). De acordo com Pinto e Malheiro (2022), promover a continuidade de cuidados através de um planeamento atempado da alta hospitalar, contribui para a melhoria da qualidade de vida, da adesão terapêutica e para a diminuição dos custos em saúde, devendo constituir-se como uma estratégia dos serviços de saúde. Todavia, os autores referem que esta transição nem sempre assegura o suporte necessário ao processo adaptativo, face às necessidades sentidas após a alta e no domicílio. Destacam que o

acompanhamento telefónico e on-line após a alta, espaçados no tempo, de forma gradual podem ser estratégias facilitadoras de uma transição e integração bem-sucedida.

Neste sentido, Martins e Oliveira (2023), consideram que o regresso à escola, após o diagnóstico constitui um momento de grande angústia e incerteza para a família. E acrescentam que, para um melhor controlo da doença, a criança e o jovem necessitam da intervenção articulada de uma equipa multidisciplinar, constituída pela família, profissionais de saúde e de educação. Este suporte complementa o cuidado escolar, fortalecendo a autonomia, a integração social e o desenvolvimento global do indivíduo (Gaspar et al., 2019).

Assim, de acordo com o *Despacho n.º 8297-C/2019 do Ministério da Educação e da Saúde* (2019), de 18 de setembro, a gestão integrada da DM1 em meio escolar deve obedecer ao *Plano de Saúde Individual [PSI]* da criança ou jovem com diabetes. Este plano é elaborado com base no plano terapêutico definido em consulta de especialidade e pressupõe a participação dos pais ou encarregados de educação, da equipa de saúde escolar, de elementos da comunidade educativa e, sempre que possível, da própria criança ou jovem, cabendo aos pais, enquanto cuidadores principais, o papel de ligação entre a escola e a equipa de saúde escolar.

Neste contexto, a escola assume um papel particularmente relevante, uma vez que a criança ou jovem passa grande parte do seu tempo neste ambiente, longe da supervisão dos pais (Martins & Oliveira, 2023).

De acordo com o *Despacho n.º 8297-C/2019*, de 18 de setembro do Diário da República (p. 412-5);

“A Escola tem de ser um local onde todos, sem exceção, se sintam bem, felizes e integrados, independentemente do seu estado de saúde, cabendo também à Escola criar condições para o pleno desenvolvimento das crianças e dos jovens, tendo em vista a aquisição de competências para uma cidadania ativa e participativa”.

Lawrence, et al., (2022) consideram que um tratamento consistente, seguro e eficaz no contexto escolar favorece a aprendizagem, o desenvolvimento social e a participação plena em todas as atividades, contribuindo para a otimização do controlo metabólico e para a integração com segurança da criança ou jovem.

Com base nas orientações da *ISPAD* (2022), Sundberg et al., (2022) salientam que, apesar do perfil exigente e rigoroso do tratamento, a manutenção de glicémias estáveis dentro dos valores-alvo é fundamental para prevenir as complicações associadas à disglícemia, em todos os contextos onde a criança e jovem se insiram.

Neste enquadramento, de acordo com o *Regulamento n.º 428/2018*, sobre competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem

de Saúde Familiar, cabe-lhe facilitar a resposta da família durante processos de transição, analisando a sua dinâmica com recurso aos instrumentos de avaliação anteriormente mencionados (OE, 2018). A intervenção deve centrar-se nas forças da família, permitindo que enfrente as ameaças à sua integridade e, simultaneamente, promovendo a esperança e o *empowerment* (Gottlieb, 2016).

Além do enfoque na família, o enfermeiro deve articular-se com os demais elos do processo de cuidados à família da criança ou jovem com DM1, promovendo segurança, otimização de recursos e a melhoria dos cuidados em enfermagem, como será explorado no próximo capítulo.

1.7. TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO PERCURSO ASSISTENCIAL

Atualmente, os sistemas de saúde enfrentam uma crescente complexidade, associada ao envelhecimento da população, ao aumento das doenças crónicas e à necessidade de respostas assistenciais mais integradas e eficientes. Este contexto exige uma adaptação contínua das estruturas institucionais e organizacionais, de forma a assegurar uma gestão mais eficaz dos cuidados de saúde, em conformidade com os princípios fundamentais do SNS (Araújo, 2002).

Neste enquadramento, a articulação entre os diferentes níveis de cuidados assume um papel central na garantia da continuidade assistencial e na melhoria dos resultados em saúde. Desde cedo, diversos autores alertaram para as dificuldades de comunicação e coordenação entre os cuidados hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários [CSP]. Maria (2000) refere que, apesar da crescente disponibilização de tecnologias de informação, a comunicação entre estes dois níveis assistenciais continuava a constituir um problema relevante, condicionando os utentes a transitarem entre realidades organizacionais distintas, o que compromete a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. O mesmo autor acrescenta que “os hospitais e os centros de saúde têm vivido, desde sempre de costas voltadas, constituindo realidades distintas e independentes, baseadas em conceitos de saúde por vezes radicalmente diferentes” (Maria, 2000, p. 481).

No percurso assistencial, a articulação de cuidados revela-se fundamental, para todos os intervenientes do sistema de saúde. Para o utente, representa uma garantia de continuidade, globalidade e consistência dos cuidados, traduzindo-se num melhor acesso e numa redução da recorrência aos serviços de saúde. Para os profissionais, contribui para maior satisfação

na prestação de cuidados mais integrados e continuados, enquanto para o SNS pode traduzir-se numa melhoria da qualidade assistencial e numa otimização dos recursos disponíveis, resultando em ganhos efetivos em saúde (Maria, 2000).

Paralelamente, os CSP assumem um papel determinante na organização dos sistemas de saúde. Barbara Starfield (1998), citada pelo Grupo Técnico para a Integração dos Cuidados de Saúde Primários (GTICSP, 2014), identifica quatro princípios estruturantes dos CSP: constituírem o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, apresentarem natureza longitudinal, possuírem carácter compreensivo e assegurarem a coordenação e integração com os restantes níveis de cuidados (Ministério da Saúde, 2014). Nesta perspetiva, os CSP desempenham um papel central na coordenação dos cuidados e na garantia da continuidade assistencial.

A necessidade de reforçar a integração entre os diferentes níveis de cuidados tem sido igualmente destacada em diversos estudos e orientações institucionais. O Alto Comissariado da Saúde refere que a partilha de informação clínica constitui um recurso fundamental para o suporte à prestação de cuidados integrados, facilitando a comunicação entre profissionais de diferentes contextos assistenciais. Contudo, o mesmo estudo alerta para a inexistência de mecanismos eficazes de articulação, particularmente na gestão da doença crónica, o que pode comprometer a sustentabilidade global do sistema de saúde (Dias & Queirós, 2010).

Neste sentido, têm sido desenvolvidos modelos organizacionais orientados para a integração dos cuidados. A Entidade Reguladora da Saúde [ERS] refere que a implementação do modelo de Unidades Locais de Saúde [ULS] visa melhorar a articulação entre os diferentes níveis assistenciais, promovendo ganhos em saúde, maior eficiência, melhoria da qualidade dos cuidados e aumento da satisfação dos utentes (ERS, 2012). A ERS (2011, p. 17) define as Unidades Locais de Saúde como:

“A entidade (única) que se apresenta responsável pelo estado de saúde de uma determinada população, visando garantir uma visão integrada de cuidados, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do paciente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos os elementos que fazem parte integrante do mesmo.”

Mais recentemente, este modelo tem sido considerado uma das transformações mais significativas do SNS desde a sua criação, ao promover cuidados centrados na pessoa, melhorar o acesso e a eficiência do sistema, reforçar a prevenção e desenvolver percursos

clínicos integrados, com especial atenção à transição entre os diferentes níveis de cuidados (Correia et al., 2025).

No percurso assistencial, a integração e a interdisciplinaridade constituem pilares estruturantes das boas práticas em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial, para a obtenção de resultados clínicos mais eficazes e para a prestação de cuidados adequados, no momento oportuno e no contexto assistencial mais apropriado (Almeida & Santana, 2024). A coordenação de cuidados pressupõe, assim, que todos os elos intervenientes no processo de saúde atuem de forma articulada, garantindo que o utente tem acesso aos cuidados necessários, no local e no momento adequados (Sousa et al., 2021; Khatri et al., 2023).

O enquadramento normativo nacional reforça igualmente esta necessidade de articulação. A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que estabelece a Lei de Bases da Saúde, determina que os serviços de saúde devem ser organizados com foco no interesse dos utentes, salientando a importância da articulação entre os diferentes serviços e da partilha de informação clínica relevante (Ministério da Saúde, 2019).

Em consonância com esta perspetiva, a OMS reconhece que a transição de cuidados no percurso assistencial, constitui um conceito abrangente que ultrapassa a simples transferência clínica entre serviços, implicando a individualização dos cuidados, de acordo com as necessidades específicas da pessoa e dos seus cuidadores (WHO, 2016). Assim, a qualidade da transição de cuidados no percurso assistencial, pode constituir um indicador relevante para a avaliação de sistemas de saúde orientados para a prestação de cuidados integrados e centrados na pessoa.

Segundo Santos et al., (2023), a transição de cuidados surge como resposta a vários desafios atuais dos sistemas de saúde, nomeadamente o envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas e de comorbilidades associadas, bem como a redução do tempo de internamento hospitalar, que tem conduzido a um maior enfoque nos cuidados prestados na comunidade. Neste contexto, os CSP assumem um papel central na coordenação e continuidade assistencial, promovendo equidade no acesso, eficácia e eficiência na prestação de cuidados, contribuindo para a criação de valor em saúde (Correia, et al., 2025).

Assim, a transição adequada entre níveis assistenciais, suportada por processos de comunicação eficazes e por acompanhamento estruturado no período pós-alta, revela-se determinante para o sucesso dos modelos de cuidados integrados. A transição de cuidados no momento da alta hospitalar, envolve o planeamento da continuidade assistencial, a

educação terapêutica, a capacitação do cuidador e a articulação atempada com os serviços de saúde comunitários (Santos et al., 2023). Contudo, a ausência ou ineficácia destes processos de comunicação pode comprometer a continuidade e a segurança do percurso assistencial, bem como conduzir a uma utilização menos eficiente dos recursos disponíveis.

Neste sentido, Escoval et al., em 2010, já atribuíam particular relevância à transição de cuidados nos sistemas de saúde orientados para a centralidade da pessoa, para a qualidade assistencial e para a eficiência na utilização dos recursos. Esta perspetiva é reforçada por Santos et al., (2023), que salientam a necessidade de implementação de práticas seguras neste processo, envolvendo diferentes elos, nomeadamente a pessoa, a família, os cuidadores e os profissionais de saúde,

No contexto das doenças crónicas, esta articulação torna-se ainda mais relevante. O diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 [DM1] em idade pediátrica implica um tratamento exigente, rigoroso e tecnologicamente avançado, que requer uma abordagem multidisciplinar envolvendo diferentes áreas de intervenção, nomeadamente os Cuidados Hospitalares, os CSP, o apoio social e o contexto educativo (Ribas & Ferraz, 2010).

Assim, a integração eficaz entre os CSP e os Cuidados Hospitalares, sustentada por comunicação interprofissional e por processos estruturados de acompanhamento após a alta hospitalar, é fundamental para garantir a continuidade, segurança e qualidade no percurso assistencial das famílias com crianças ou jovens com o diagnóstico de DM1 (Santos et al., 2023). Pinto e Malheiro (2022, p. 11) consideram que, “uma boa comunicação e articulação intersectorial é destacada como uma condição fundamental para uma transição segura”.

Neste contexto, o enfermeiro de família assume um papel particularmente relevante na facilitação e promoção de uma transição de cuidados personalizada, reconhecendo a família como unidade de cuidados e estimulando a participação ativa dos seus membros em todas as fases do processo assistencial, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018).

Face ao exposto, importa enquadrar o contexto da prática clínica em enfermagem de saúde familiar, o qual será apresentado no capítulo seguinte.

2. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Em 1971, foi iniciada a criação de uma rede comunitária de centros de saúde, em Portugal, em que, segundo Pisco e Ramos (2025 p. 2), “este acontecimento marcou uma viragem no modo de ver e de atuar em saúde”.

Anos mais tarde, a OMS desenvolve um movimento dos CSP, que foi assinalado pela declaração de Alma-Ata, em 1978, a qual marca o início do desenvolvimento dos CSP, como cuidados de proximidade, de acessibilidade e de acompanhamento, ao longo de todo o ciclo vital (Melo, 2021).

Nesta altura, a saúde passou a ser entendida como algo mais do que apenas ausência de doença, sendo atribuída aos cuidados de saúde primários a responsabilidade da promoção da saúde, a prevenção da doença e o tratamento, preferencialmente no contexto da pessoa (Melo, 2021).

Em 1989, o SNS torna-se tendencialmente gratuito, após a revisão da *Constituição da República Portuguesa* e a criação da *Lei de Bases da Saúde*, que permitiu o desenvolvimento de alguns projetos inovadores, de novos modelos de trabalho, os quais tinham como objetivo, a melhoria da organização e do impacto dos cuidados primários na saúde e no bem-estar da comunidade em geral, desencadeando a 3ª geração de centros de saúde (Melo, 2021).

Neste sentido, é publicado o *Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio*, que reforça a multidisciplinaridade dos CSP e a valorização do utente no centro dos cuidados e da tomada de decisões, para além de contemplar a primeira referência à USF como uma “unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em lista de utentes” (Ministério da Saúde, 1999, p. 2427).

No entanto, após sucessivas mudanças políticas que conduziram a períodos de estagnação, foi em Outubro de 2005, que Portugal impulsionou uma nova reforma dos CSP, organizando-se em duas unidades complementares; as USF e os Agrupamentos de Centro de Saúde [ACES] com a ambição de aumentar a satisfação e acessibilidade dos utentes, bem como a satisfação dos profissionais, com melhores condições de trabalho, organização e recompensa para as boas práticas, simultaneamente melhorando a eficiência e a contenção de custos (Melo, 2021; Pisco & Ramos, 2025).

Neste contexto, as USF foram regulamentadas pela primeira vez em 2006, através do *Despacho Normativo n.º 9/2006*, de 16 de fevereiro (Teixeira, 2016). Posteriormente, o

Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de janeiro, regulamentou o lançamento e implementação destas unidades, enquanto estruturas compostas por equipas multiprofissionais, prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma população definida, garantindo acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Ministério da Saúde). De acordo com o mesmo Decreto-Lei (p. 5588), as USF são descritas como “(...) unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo”.

Estas unidades caracterizam-se pela autonomia organizativa, funcional e técnica, sendo precursoras de ganhos em saúde e melhorias na qualidade dos cuidados prestados, bem como na satisfação dos utentes e profissionais (Melo, 2021). O mesmo autor refere que a equipa multiprofissional de cada USF, “presta cuidados a um número de utentes compreendido entre quatro e dezoito mil, divididos por equipas nucleares de um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, cada uma com uma lista de utentes, calculadas em unidades ponderadas” (Melo, 2021, p. 6).

Assim, as USF representam um modelo organizacional leve e flexível, contrastando com as tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de decisão vertical. Estão organizadas em três modalidades - A, B e C - definidas por critérios específicos e metodologias próprias (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto). De acordo com a *Portaria n.º 1368/2007*, de 18 de outubro (com atualizações até 25 de março de 2024), estas unidades operam num quadro de contratualização interna, com metas de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. As modalidades diferenciam-se com base no grau de autonomia, no modelo retributivo e no financiamento/estatuto jurídico (Teixeira, 2016).

Com já mencionado anteriormente, em 2024, o SNS generalizou o modelo de gestão das ULS consolidando os serviços públicos de saúde de cada região numa única instituição por meio da integração vertical. Este modelo visa os cuidados centrados na pessoa ao longo de todo o contínuo de cuidados, com eficiência, qualidade de acesso e a evolução de percursos clínicos com integração de cuidados (Correia, et al., 2025).

A integração vertical dos cuidados, neste contexto de mudança, mantém a orientação relativamente aos CSP, considerando-os como o pilar central do SNS e a principal porta de entrada dos cidadãos, destacando o papel na prevenção da doença e promoção da saúde, com enfoque numa coordenação de cuidados, com impacto na eficiência (Correia, et al., 2025).

Pisco e Ramos (2025), acrescentam que para além de ser um cuidado próximo, acessível e disponível, deve ser um recurso da própria comunidade e por ela participado, com potencial para responder às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade como um todo.

No atual contexto de proximidade de cuidados, centrado na pessoa, Melo (2021) destaca, pela sua relevância estratégica na prestação de cuidados; as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] e as Unidades de Saúde familiar [USF].

Assim, após a sucinta contextualização da saúde familiar nos CSP, em Portugal, apresenta-se o enquadramento da USF Trevo (nome fictício), onde decorreram os dois períodos de estágio no contexto da Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A caracterização dos contextos de intervenção constitui uma etapa fundamental no processo de planeamento em saúde, na medida em que permite compreender as especificidades do meio onde as intervenções são desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR TREVO

A USF Trevo está integrada numa ULS do Alentejo, desde 1 de janeiro de 2024, suportada pelo *Decreto-Lei n.º 207/99* e pelos despachos do Ministério da Saúde, com o objetivo de reforçar a articulação entre Cuidados Saúde Primários e Hospitalares na região, servindo cerca de 170 000 habitantes distribuídos por 14 concelhos, num território de aproximadamente 7 393 km² (CIM, 2021).

De acordo com os dados disponibilizados pelo Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], na ULS existem USF ativas, localizadas em diferentes polos, assegurando a resposta de proximidade em toda a zona urbana e rural (Ministério da Saúde, 2025).

A USF Trevo é uma Unidade Modelo B. Segundo o *Despacho nº24 101/2007* de 22 de outubro (p. 30419), o Modelo B corresponde a: "(...) equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização do desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF" (Ministério da Saúde, 2007).

De acordo com o BI-CSP, tem como missão prestar cuidados de saúde preventivos e curativos a toda a família e em todas as idades, com eficiência, proximidade e em melhoria

contínua. E, tem como visão, aumentar a qualidade e proximidade dos cuidados prestados, mantendo o máximo rigor técnico-científico e tendo por base o atendimento personalizado, de forma a garantir o bem-estar biopsicossocial de cada indivíduo, com base em valores de solidariedade, coesão, inovação, articulação, autonomia, excelência, transparência e gestão participativa (Ministério da Saúde, 2025).

A acessibilidade aos cuidados de saúde representa um requisito fundamental para a qualidade dos serviços, implicando a oferta de cuidados seguros, relevantes e disponíveis no momento e no contexto mais adequado às necessidades da população, traduzindo-se na melhoria dos cuidados e em ganhos em saúde (Melo, 2021). Neste sentido, a referida unidade de cuidados de saúde está organizada num espaço físico promotor da eficiência, acessibilidade e conforto de utentes e profissionais, garantindo a mobilidade a todos os utilizadores, incluindo pessoas com mobilidade reduzida (BSI-CSP).

Segundo o BI-CSP esta unidade encontra-se em funcionamento de Segunda a Sexta, no horário das 8 às 20 horas, funcionando ao Sábado, Domingo e Feriados, das 8h às 14 horas (Ministério da Saúde, 2025).

O agendamento de consultas constitui o primeiro passo no acesso aos cuidados de saúde disponibilizados pela USF. Este processo pode ser realizado presencialmente, por telefone ou via e-mail, o que contribui para tornar a unidade mais acessível e próxima das famílias.

Neste enquadramento, a reestruturação do modelo organizacional dos cuidados de saúde e a criação das USF surgem, conforme referido no Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto (p. 4070), como iniciativas “orientadas para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, 2014).

A USF Trevo conta com oito equipas de saúde, em que cada uma é constituída por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico, sendo que a cada uma destas equipas corresponde um ficheiro de utentes (Ministério da Saúde, 2025). De salientar que nesta unidade de saúde exercem a sua atividade profissional enfermeiros de diversas especialidades, nomeadamente Enfermagem de Saúde Comunitária; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2025).

“Tendo presente que os cuidados de saúde primários são a base central do SNS, o XXIII Governo Constitucional assumiu o compromisso de prosseguir o trabalho de revisão e generalização das unidades de saúde familiar (USF), enquanto modelo organizacional assente em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que respondem com autonomia funcional e técnica às necessidades em saúde da população, valorizando as boas práticas

clínicas e contribuindo para maior motivação dos profissionais e satisfação dos utentes” (Portaria n.º 454-A/2023 de 28 de dezembro, p. 92 (2)).

Este método de organização dos cuidados assegura que, sempre que possível, a cada família corresponderá um (o seu) Enfermeiro de Família, de acordo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Familiar que “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” (OE, 2018).

Tendo subjacente o *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar* (OE, 2018, p.19357), o enfermeiro de família “(...) estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas”. É por isso importante conhecer a população e a sua caracterização sociodemográfica e epidemiológica de modo a identificar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem específicas.

Assim, do total de 53.908 residentes no município, no final de 2024 (PORDATA, 2025), a USF Trevo assegura a prestação de cuidados a 13.752 utentes, dos quais 6.533 são do género masculino e 7.219 do género feminino, de acordo com o BI-CSP. Verifica-se um maior número de utentes nas faixas etárias do 45 aos 49 anos, começando a diminuir, paulatinamente, à medida que avançamos na idade. Podemos verificar, ainda, que o maior número de utentes (9407), tem idade inferior ou igual a 64 anos (Ministério da Saúde, 2025).

Em idade pediátrica, verificamos; 100 crianças no primeiro ano de vida; 710 crianças até aos 6 anos, 448 crianças entre os 10 e os 13 anos (Ministério da Saúde, 2025), abrangidas por exames globais de saúde/vacinação. Neste contexto, a existência de crianças e adolescentes acompanhados regularmente na USF, nomeadamente no âmbito da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil e dos programas de Vacinação, posiciona os Cuidados de Saúde Primários como um nível privilegiado para a monitorização contínua, educação terapêutica e apoio às famílias.

Segundo a análise do BI-CSP, no que diz respeito ao Índice de Dependência Total, este situa-se nos 61,77%, sendo que 42,76% corresponde ao Índice de Dependência de Idosos e 19,01% ao Índice de Dependência de Jovens (Ministério da Saúde, 2025).

Este valor é elevado, evidenciando um número significativo de pessoas (idosos e jovens) que dependem da população em idade ativa (15-64 anos), o que representa um desafio importante para a sustentabilidade e organização dos cuidados de saúde prestados pela USF.

Esta unidade de saúde procura, também, garantir resposta em situação de doença aguda no próprio dia, bem como responder, por meio de agendamento às consultas integradas nos

seguintes programas de saúde; Saúde Materna, Puerpério, Preparação Psicoprofilática para o Parto, Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Juvenil, tratamento de feridas e úlceras, Saúde da Pessoa Idosa, Hipocoagulação, Saúde do adulto, Podologia, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional da Diabetes, Programa Nacional da Hipertensão, Rastreio do cancro do colo do útero e Rastreio do cancro do cólon e reto.

As consultas médicas e de enfermagem no domicílio destinam-se aos utentes com dificuldade ou incapacidade de se deslocar à USF. Estas consultas serão agendadas após o contacto e a avaliação por parte do médico ou do enfermeiro, de acordo com as necessidades de cada utente.

NA USF, desde julho de 2024, está em funcionamento um Sistema de Atendimento e Resposta Ágil (S.A.R.A.), que agiliza o agendamento de consultas, renovação de receitas, e retorno ligando os profissionais aos utentes, com o objetivo de reduzir tempos de espera, otimizar recursos e melhorar a satisfação dos utentes (Ministério da Saúde, 2025).

Relativamente às famílias com crianças ou jovens com doença crónica, como a Diabetes Mellitus Tipo 1, durante o estágio, não foram identificados projetos estruturados, na unidade, especificamente direcionados para a melhoria do percurso assistencial. Esta temática foi trabalhada no projeto de intervenção realizado, o qual será abordado no capítulo seguinte.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como já referido no enquadramento teórico, a DM1 constitui uma condição crónica que exerce um impacto significativo não apenas no indivíduo, mas em todo o sistema familiar. O seu tratamento, de carácter permanente, exige uma abordagem rigorosa e complexa, sustentada num processo estruturado de educação terapêutica (Ceran et al., 2024).

De acordo com Carvalho (2016), perante o diagnóstico de DM1 na infância, é fundamental assegurar que todos os elos intervenientes no processo de cuidados, nomeadamente a equipa de saúde escolar, saúde familiar e hospitalar, bem como a comunidade educativa e os pares, sejam devidamente informados e envolvidos, promovendo uma abordagem integrada que garanta um percurso assistencial eficaz e contínuo da criança ou jovem.

A experiência clínica adquirida na Consulta de Pediatria Hospitalar, no acompanhamento de crianças e jovens, desde o diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus Tipo 1, permitiu identificar desafios significativos na articulação entre níveis de cuidados, com repercussões na continuidade assistencial. De acordo com o enquadramento teórico, esta fragilidade pode contribuir para o aumento da sobrecarga das famílias e das equipas de saúde, bem como para uma utilização menos eficiente dos recursos disponíveis, refletindo-se nos custos do sistema de saúde. Uma coordenação eficaz dos cuidados promove a atuação articulada dos diferentes prestadores, garantindo intervenções adequadas e atempadas (Khatri et al., 2023).

Face a esta problemática, emerge o projeto de intervenção - *Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar* -, cujo principal propósito consiste em contribuir para a melhoria do percurso assistencial, promovendo uma resposta integrada às necessidades destas famílias.

Imperatori e Giraldes (1993) entendem que um projeto é um conjunto de intervenções planeadas e estruturadas, com as quais se pretende atingir objetivos específicos dentro de um período delimitado.

Seguidamente, apresenta-se o processo metodológico, descrevendo, de forma sistematizada, cada etapa, desde o diagnóstico da situação até à implementação e avaliação das atividades planeadas, com vista a assegurar o cumprimento dos objetivos definidos e a promoção de intervenções estruturadas, consistentes e sustentáveis.

3.1. METODOLOGIA

Na perspectiva de Laranjeira e Querido (2024) nenhuma abordagem metodológica é intrinsecamente superior a outra, sendo que a qualidade da avaliação reside nos contributos que oferece para a identificação dos problemas de saúde, a qual constitui a base da planificação das intervenções.

Neste sentido, para a conceção do projeto de intervenção, - *Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar*-, recorreu à metodologia do Planeamento em Saúde, que preconiza a utilização racional de recursos, com vista a atingir os objetivos definidos e a melhorar os cuidados em saúde (Imperatori & Giraldes 1993).

Segundo esta metodologia o Planeamento em Saúde apresenta seis etapas, sendo que o primeiro passo do percurso metodológico corresponde à realização do diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes 1993).

3.2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico da Situação consiste na recolha e análise de um conjunto de indicadores que permitem caracterizar uma determinada população, constituindo uma etapa fundamental para o planeamento em saúde, nomeadamente na definição de objetivos e intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste sentido, a fase inicial de conceção do diagnóstico da situação emergiu do contexto da prática clínica desenvolvida pela mestrandia, tendo sido posteriormente sustentada por uma pesquisa bibliográfica, como evidencia o enquadramento teórico, e pela entrevista à Enfermeira Coordenadora da USF Trevo. A mesma salientou a pertinência do projeto - *“Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar”* -, reconhecendo o seu potencial contributo para o desenvolvimento de conhecimentos e competências da equipa, particularmente no domínio da educação terapêutica dirigida às famílias e da sua integração nos cuidados prestados.

Neste âmbito, procedeu à definição da população-alvo do projeto de intervenção, mediante consulta do ficheiro clínico da USF Trevo. Assim, foram identificadas cinco famílias com crianças ou jovens diagnosticados com DM1, com idades compreendidas entre os 7 e os 20 anos. Integraram igualmente o projeto os profissionais da equipa de saúde da USF, constituída por oito enfermeiros e oito médicos, considerando o seu papel central na prestação

de cuidados de saúde primários e na promoção da continuidade assistencial destas crianças e jovens. Paralelamente, foi constituída uma equipa de peritos, composta por uma Enfermeira responsável pela Saúde Escolar com especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária, uma Enfermeira gestora do Programa Nacional de Saúde Escolar do distrito, com Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária, uma Enfermeira da Consulta Externa de Pediatria, uma Enfermeira do internamento de Pediatria com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica e uma Médica Pediatra.

A constituição desta equipa visou assegurar a representação dos diferentes contextos de cuidados, no percurso assistencial da criança ou jovem com DM1, permitindo analisar o funcionamento atual do circuito de cuidados, face às necessidades das famílias.

Neste sentido, com o objetivo de aprofundar e sustentar o diagnóstico da situação e, por forma a recolher a informação necessária para a caracterização de saúde das famílias diretamente envolvidas no projeto de intervenção, foram aplicados diferentes instrumentos de recolha de informação, cuja descrição será apresentada nos pontos subsequentes.

3.3. A RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Segundo Pocinho (2012, p. 75) é “indiscutível a exigência de se obedecer a determinados critérios científicos no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação”.

Neste sentido, foi aplicado um questionário à equipa médica e de enfermagem da USF (Apêndice A), com o objetivo de avaliar necessidades de formação no âmbito da referida temática. Foram também, realizadas entrevistas semiestruturadas à equipa de enfermagem da USF, com o objetivo principal de perceber como funciona a circulação da informação no circuito assistencial com a família e entre as equipas (Apêndice B).

Na entrevista dirigida às famílias, o principal objetivo consistiu em avaliar o controlo metabólico, a proximidade aos cuidados de saúde da USF, bem como identificar as principais barreiras e fatores facilitadores ao longo do percurso assistencial (Apêndice C).

A Escala Comportamental de Suporte Social Familiar para Adolescentes (DFBS), aplicada às crianças e jovens que integram o projeto de intervenção (Almeida & Pereira, 2011), pretende avaliar comportamentos específicos da família relativos à diabetes, considerados como relevantes para apoiar a criança ou jovem a lidar com as exigências da doença e do tratamento. Segundo os autores, o suporte que o jovem recebe da família é fundamental na adesão ao tratamento.

Assim, a referida escala avalia duas áreas do apoio familiar: a primeira refere-se ao Controlo-Aconselhamento e a segunda à Afetividade. As respostas são cotadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos; sendo o 1 (Sempre), até ao 5 (Nunca). Deste modo, resultados mais elevados sugerem menor suporte social. Salienta-se que o alfa de *Cronbach*, da referida escala é de 0.91 (GISEF, citado por Almeida & Pereira, 2011).

O último instrumento consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas a cada elemento da equipa de peritos, com o objetivo de identificar o circuito assistencial, fragilidades na articulação entre os diferentes contextos de cuidados e mapear oportunidades de melhoria na transição de cuidados, ao longo de todo o circuito assistencial, das famílias com crianças e jovens com DM1 (Apêndice D).

Os guiões das entrevistas (semiestruturadas) foram validados por um perito e o tratamento da informação recolhida teve por base a análise de conteúdo, que permitiu interpretar as mensagens dos entrevistados, sendo transcritos alguns excertos dessa mesma informação (unidades de registo), por forma a ilustrar e reforçar o que se salientou.

Para a aplicação da Escala Comportamental de Suporte Social Familiar para Adolescentes, foi solicitada e obtida a devida autorização dos seus autores.

Seguidamente, apresenta-se a forma como decorreu a aplicação dos referidos instrumentos, bem como a informação recolhida.

3.3.1. A Equipa da Unidade de Saúde Familiar Trevo

Toda a informação recolhida à equipa da USF foi alvo da obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido e da confirmação do anonimato e sigilo da informação recolhida (Apêndice E). Por outro lado, foi reforçada a importância da mesma para a implementação do projeto.

Assim, relativamente à equipa da USF, foi aplicado um questionário (Apêndice A) a quinze profissionais (7 enfermeiros e 8 médicos) que estiveram presentes na sessão de apresentação do projeto. Destes, treze (6 enfermeiros e 7 médicos) acompanham, nas suas listas de utentes, famílias com crianças ou jovens com DM1.

No último ano, apenas três elementos da equipa (2 enfermeiros e 1 médico) realizaram formação específica, no âmbito desta temática, contudo, todos os elementos presentes demonstraram interesse em atualizar ou aprofundar conhecimentos nesta área, particularmente no domínio da educação terapêutica e consideraram o projeto de elevada pertinência.

Complementarmente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos oito enfermeiros da equipa (Apêndice B). Após a análise das entrevistas, destaca-se que três enfermeiros têm uma criança ou um jovem com DM1 na sua lista de utentes (Famílias), enquanto um enfermeiro tem dois utentes (uma criança e um jovem) no seu ficheiro clínico. Contudo, verifica-se variabilidade na adesão às consultas: dois utentes *“não cumprem as marcações”*; um *“raramente vem à unidade”*; um realiza *“seguimento não presencial”*, referindo que *“quando não vêm envia o relatório da Hemoglobina Glicada”* e uma criança *“cumpre a vigilância nas consultas de Saúde Infantil”*.

Relativamente ao conhecimento do diagnóstico de DM1 da criança ou jovem, pela equipa da USF, verificou-se que este ocorreu, na maioria das vezes, de forma informal e não estruturada, nomeadamente através de conversas ocasionais com familiares, como ilustrado pela expressão: *“num acaso em conversa com a mãe (...) ela disse que o filho era diabético”*. Esta evidência expõe fragilidades relevantes nos circuitos de comunicação, entre os elos de cuidados, com potenciais implicações na qualidade do percurso assistencial.

Apesar disso, os enfermeiros da USF consideram fundamental o conhecimento precoce do diagnóstico, defendendo que a comunicação inicial deve partir da equipa hospitalar, salientando a necessidade de *“comunicação melhorada entre as equipas”* e de *“informação da alta com relatório associado”*.

Os participantes reforçam ainda o papel do enfermeiro de família como referência para estas famílias, sublinhando a importância de integrar a diabetes no acompanhamento global da criança, referindo que *“na consulta de saúde infantil não podemos separar a diabetes”*; *“o enfermeiro de família deve ser um elo de ligação e construção”*.

No que diz respeito às vantagens da articulação entre equipas destacam a existência de um elemento de referência, a participação conjunta no cuidar e a uniformização de procedimentos, considerando que *“todos teríamos a ganhar com a uniformização”*.

No que se refere à articulação atual entre CSP e Cuidados Hospitalares no percurso assistencial, cinco enfermeiros classificam-na como *“insuficiente”*, dois como *“suficiente”* (embora com necessidade de melhoria) e um como *“boa”*.

Ainda assim, todos concordam que as crianças e famílias com este diagnóstico *“precisam muito desta articulação entre as equipas dos diferentes níveis assistenciais”*.

3.3.2. As Famílias com Crianças ou Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1

Similarmente as famílias foram devidamente informadas do motivo da recolha de informação de saúde, de forma a ficar claro que a mesma se destinava à implementação do projeto de intervenção. As mesmas deram o seu consentimento e, foi-lhes garantido o anonimato e sigilo relativamente à informação recolhida. Foi ainda reforçada a importância da mesma para a implementação do projeto.

Inicialmente, foram identificadas sete com crianças ou jovens com DM1, inscritos na USF. Após aplicação dos critérios de inclusão, idade compreendida entre os sete e os vinte anos, cinco eram elegíveis. Destas, quatro aceitaram participar, após apresentação do projeto e obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice E).

Foram realizadas entrevistas ao Sujeito *Index* de cada família (Apêndice C) e foi aplicada a Escala DFBS a cada criança e jovem participante.

A análise das quatro entrevistas realizadas revelou que as crianças e jovens participantes, com idades compreendidas entre os 9 e os 20 anos, (9, 10, 17 e 20 anos), utilizam o Sistema de Perfusão Subcutânea Contínuo de Insulina [SPSCI]. Verificou-se, igualmente, que o diagnóstico da doença foi efetuado na mesma instituição hospitalar. Quanto à experiência vivenciada no momento do diagnóstico, constatou-se que foi avassalador, tendo uma mãe referido *“o mundo caiu-nos em cima, fui à unidade comunicar... senti-me perdida”*.

As famílias reforçaram a importância da unidade de saúde familiar como referência, indicando que o acompanhamento não se limita a um enfermeiro, mas envolve múltiplos profissionais, integrados na “família da diabetes”. No entanto, constatou-se que uma criança/jovem faz a vigilância de saúde infantil na unidade, outra faz algumas consultas, mas não presenciais, e duas apenas recorrem à unidade para cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV).

Durante o internamento, em nenhum caso lhes foi explicado o percurso assistencial subjacente ao diagnóstico da criança ou do jovem com DM1.

No regresso à escola, as famílias enfrentaram dificuldades significativas, nomeadamente; *“inicialmente, (a mãe) precisava administrar a insulina durante os intervalos”*; *“noutras escolas não havia condições adequadas para armazenamento de insulina e alimentos”*. Uma mãe descreveu *“Foi um mundo novo, que não tem sido nada fácil, muita falta de informação e de interesse... estas crianças precisam de se sentir mais apoiadas”*.

As principais barreiras identificadas pelas famílias incluíram a desinformação e a falta de comunicação estruturada: *“saímos do hospital completamente desinformados”*; *“não há quase*

informação nenhuma da diabetes pediátrica, que é diferente da diabetes do adulto". Como fatores facilitadores destacaram a proximidade e disponibilidade de profissionais: *"o apoio dos profissionais é muito importante, se não fosse a disponibilidade, empatia, e simpatia... eu já tinha dado em maluca"*. Salientaram que, sobretudo no início, é essencial que os profissionais facilitem o caminho da família no processo de cuidado.

Relativamente às sessões de capacitação, as famílias consideram que estas constituem fatores facilitadores; *"considero que deviam existir mais, simplificamos para facilitar, mas simplificar nem sempre é necessariamente bom"*. Destacam ainda dificuldades no contexto escolar, onde nem todos os profissionais assumem responsabilidades, apesar do enquadramento legal existente, salientando que *"a legislação é explícita e não fui eu que inventei, nem a enfermeira"*.

Fatores facilitadores destacados incluíram a presença de pessoas de referência no local; *"ter alguém no local onde ele está, que cuide dele e que se preocupe com ele"*. Por outro lado, as famílias identificaram também barreiras que impactam diretamente o bem-estar da criança. Nesse sentido, uma das mães refere que *"isso fica lá"*, expressando a percepção de que as experiências negativas vivenciadas pelas crianças podem deixar marcas duradouras no seu desenvolvimento emocional e psicológico.

De forma global, estas famílias consideram que a falta de comunicação e articulação entre serviços tem impactos significativos na qualidade de vida e na saúde das crianças e jovens com DM1.

Relativamente à aplicação da escala DFBS às quatro crianças e jovens participantes, destaca-se que todos referem sentir apoio e suporte da família na gestão da doença e do seu complexo e rigoroso tratamento. Contudo, evidenciam também a percepção de que os pais manifestam inquietação e preocupação relativamente ao controlo da doença, particularmente em situações de menor adesão ao tratamento. A interpretação da escala comportamental da diabetes, revela também, que os pais apresentam uma marcada tendência para assumirem, frequentemente, a responsabilidade pelas tarefas de gestão da doença, independentemente da idade dos filhos. No entanto, nas diversas vertentes do tratamento da DM1, evidentes nos quatro contextos familiares, as respostas das crianças e jovens revelam ambientes familiares caracterizados pela abertura e pela promoção da normalidade, nos quais os pais incentivam os filhos a participar em todas as atividades, à semelhança de qualquer outra criança ou jovem.

Esta análise evidenciou, também, que os pais detêm conhecimentos e literacia adequados sobre a DM1 e o seu tratamento, e que, face a situações problemáticas

relacionadas com a gestão da doença, tendem a atuar inicialmente de forma autónoma, recorrendo à equipa de saúde apenas quando necessário. Assim, as respostas das crianças e jovens sugerem que estes reconhecem o envolvimento ativo dos pais na procura de informação sobre a DM1, bem como a sua capacidade para tomar decisões adequadas relativamente ao tratamento, o que contribui para uma maior perceção de segurança, afeto e suporte na gestão diária da doença.

3.3.3. A Equipa de Peritos

Foi realizada uma entrevista semiestruturada a cada elemento da equipa de peritos (Apêndice D), nos respetivos contextos de trabalho, após apresentação do projeto e obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice E), com o objetivo de compreender os circuitos de comunicação, articulação entre equipas e necessidades identificadas no acompanhamento de crianças e jovens com DM1.

A enfermeira do serviço de Internamento referiu que, após o diagnóstico inicial, a transferência da criança ou jovem é realizada presencialmente entre um elemento da equipa de enfermagem da urgência pediátrica e um elemento da equipa de internamento, sendo nesse momento transmitida toda a informação clínica e familiar relevante.

A mesma, salientou ainda que, anteriormente, existia articulação com a equipa da consulta externa, considerada uma mais-valia, uma vez que permitia que a criança e a família contactassem precocemente com a equipa que daria continuidade aos cuidados. Como refere, *“vinha sempre uma das colegas que iria receber essa criança na consulta (...) e era uma mais-valia para a criança e para a família (...) depois perdeu-se, e os pais também ficavam mais tranquilos”*.

Na perspetiva de uma pediatra, o momento do diagnóstico constitui uma fase particularmente exigente para a família, sendo fundamental a disponibilidade da equipa, *“todo o apoio, toda a palavra, toda a disponibilidade, é importante”*. A pediatra destaca ainda o período de adaptação após a alta hospitalar, referindo que o regresso à escola deve ser gradual e ajustado à idade da criança, ao perfil familiar e ao contexto envolvente.

No que se refere à comunicação intra-hospitalar, a mesma considera que a articulação é personalizada e que a equipa tem conhecimento dos novos diagnósticos. Já a comunicação com a saúde escolar ocorre, maioritariamente, através de contactos pessoais. Relativamente ao plano terapêutico, refere que a articulação com a escola ocorre frequentemente por intermédio da família. Quanto à formação da comunidade educativa, é considerada

fundamental, embora se verifique baixa adesão dos profissionais; *“já fizemos mais do que uma formação (...) houve pouca comparência dos elementos da saúde escolar”*. A pediatra considera que a capacitação poderá contribuir para reduzir dúvidas e ansiedade, defendendo a identificação das equipas de saúde escolar e o contacto direto sempre que surja um novo diagnóstico.

A enfermeira da consulta externa refere que o conhecimento do diagnóstico ocorre frequentemente de forma indireta, nomeadamente através da equipa da urgência pediátrica, salientando a inexistência de um protocolo estruturado de comunicação; *“não há, de facto, um protocolo formulado, escrito em que cada um saiba o que tem que fazer neste veicular de informação”*. Considera que a existência desse protocolo permitiria reduzir o tempo necessário na primeira consulta e aumentar a segurança da família, acrescentando que a articulação existente *“é suficiente, mas pode ser bastante melhorada”*.

A enfermeira da equipa de saúde escolar acompanha, atualmente, oito crianças e jovens com DM1, distribuídos por diferentes estabelecimentos de ensino. Refere que, na maioria das situações, a notificação do diagnóstico chega através do hospital, embora em alguns casos tenha ocorrido através da escola, salientando que *“faz mais sentido ser através do hospital”*. O Plano de Saúde Individual é elaborado em articulação com a família e envolve sessões de capacitação dirigidas à comunidade escolar. Contudo, identifica como principal constrangimento a elevada rotatividade dos assistentes operacionais, o que obriga à repetição frequente das ações formativas e pode fragilizar a confiança das famílias. A profissional destaca que a melhoria da articulação entre equipas constituiria *“uma mais-valia (...) principalmente para as crianças”*, defendendo a criação de um protocolo de atuação que permita informar precocemente os Cuidados de Saúde Primários e facilitar o processo de capacitação nas escolas.

Por fim, a Enfermeira responsável pela gestão do Programa Nacional de Saúde Escolar, com especialidade em Saúde Comunitária, reconhece a existência de lacunas no conhecimento dos diagnósticos e defende maior sensibilidade dos médicos de família nesta articulação. Considera essencial que a informação chegue precocemente aos Cuidados de Saúde Primários e que a vigilância em Saúde Infantil decorra em paralelo com o acompanhamento hospitalar, sublinhando que *“o protocolo de atuação tem mesmo que existir (...) deveria estar já feito”*.

3.4. OBJETIVOS

Concluída a fase do diagnóstico, de acordo com Laranjeira e Querido (2024), segue-se a definição de objetivos, enquanto etapa fundamental do planejamento.

Estes traduzem os resultados a alcançar a curto prazo e orientam o desenvolvimento das intervenções, devendo ser específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e temporalmente definidos.

Assim, tendo subjacente o diagnóstico da situação, foram definidos como objetivos do projeto de intervenção os seguintes:

Objetivo geral:

- ✓ Contribuir para a melhoria do percurso assistencial das famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1.

Objetivos específicos:

- ✓ Contribuir para a capacitação da equipa de saúde (enfermeiros e médicos) da USF Trevo, para a educação terapêutica de famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1;
- ✓ Promover a proximidade/acesso das famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 e a USF Trevo;
- ✓ Elaborar Fluxograma de Articulação entre os Cuidados Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários que promova a circulação da informação e a transição de cuidados das famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1.

3.5. INTERVENÇÕES

No contexto dos cuidados de saúde, “(...) a escolha das intervenções deve levar em consideração a força das evidências de que as ações terão o efeito desejado” (Laranjeira & Querido, 2024 p. 353).

Com base nesta premissa, torna-se fundamental definir o grupo-alvo da intervenção, selecionando as famílias, cuja participação permita que a intervenção seja ajustada de forma precisa às necessidades identificadas e alinhada com os resultados pretendidos.

3.5.1. Seleção das Famílias

Assim, das quatro famílias que tinham os critérios anteriormente definidos e, às quais foram aplicados os instrumentos de recolha de informação, tal como anteriormente referido, foram selecionadas as duas famílias que iriam ser alvo da aplicação do MCAIF. A seleção foi realizada com base na análise integrada da informação obtida nas entrevistas, no resultado da escala DFBS e na proximidade da família com os Cuidados de Saúde Primários, neste caso a USF Trevo, bem como a disponibilidade demonstrada pelas mesmas.

Assim, verifica-se que as quatro crianças e jovens apresentam um bom controlo metabólico, logo, as famílias e as crianças e jovens não apresentam necessidades de reforço de competências ao nível do tratamento. Neste sentido, foram selecionadas duas famílias que apresentaram necessidades mais significativas de acompanhamento e intervenção.

A família Lopes (nome fictício) foi incluída devido à maior instabilidade emocional materna, percecionada aquando da realização da entrevista e na resposta a alguns parâmetros da escala comportamental, nomeadamente “*A diabetes faz os meus pais andarem nervosos - Sempre,*” e uma menor proximidade com os cuidados da Unidade de Saúde Familiar, fatores que podem comprometer a gestão do complexo tratamento da criança ou jovem com DM1.

A família Costa (nome fictício) foi selecionada com base nos dados da escala DFBS e da entrevista, em que a jovem manifestou sinais de tristeza e na escala responde “*Algumas Vezes*”, no item “*Sinto-me sozinho no que respeita a diabetes*”. A análise dos dados indica que a avó mantém o controle completo do tratamento, não se evidenciando autonomia ou envolvimento significativo da adolescente na gestão terapêutica. Para além disso, esta família revela, também, uma menor proximidade aos cuidados de saúde da unidade, evidenciando necessidades acrescidas ao nível do apoio emocional e da integração dos cuidados.

Assim, a seleção das duas famílias seguiu uma lógica de priorização das situações de maior vulnerabilidade emocional, direcionando a intervenção para os contextos onde o acompanhamento seria mais pertinente e capaz de responder às necessidades identificadas, aproximando as famílias dos cuidados prestados pela Unidade de Saúde Familiar e promovendo maior envolvimento, suporte e segurança no processo terapêutico.

3.5.2. Avaliação Familiar

Após a seleção das duas famílias, procedeu-se à avaliação familiar recorrendo ao MCAIF, sustentado nos princípios do Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, que privilegia a promoção da autonomia e da competência no cuidado, bem como no Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), que orienta a avaliação e a intervenção com base nas atividades de vida diária.

No âmbito desta avaliação, aplicaram-se diferentes instrumentos de colheita de dados, nomeadamente; a observação direta, entrevista, dirigida a cada família, com enfoque no *Sujeito Index*. Relativamente, aos instrumentos de avaliação familiar, recorreu-se ao Genograma Familiar, Ecomapa, Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II) e Escala de APGAR Familiar de Smilkstein.

Assim, procede-se primeiro à apresentação da avaliação da Família Lopes e posteriormente será explanada a avaliação da Família Costa.

3.5.3. Avaliação da Família Lopes

No que concerne à avaliação **ESTRUTURAL** da família Lopes, em concreto da estrutura familiar interna representada no Genograma Familiar (Figura 1) evidencia que a Família Lopes é constituída por três membros: dois adultos e uma criança. O *Sujeito Index* AG, do sexo feminino, atualmente com 41 anos de idade, não refere antecedentes pessoais de saúde relevantes. Trabalha por conta de outrem, no setor terciário, em regime de teletrabalho, possui o 12.º ano de escolaridade e identifica-se como heterossexual.

O segundo elemento adulto BM, do sexo masculino, tendo igualmente 41 anos de idade, à semelhança de AG, não apresenta antecedentes conhecidos de doença. Também exerce funções no setor terciário, possui o 12.º ano de escolaridade e identifica-se, também, como heterossexual.

O filho do casal RM, do sexo masculino, tem 10 anos de idade. Foi diagnosticado com DM1 aos 5 anos. Atualmente frequenta o 4.º ano de escolaridade.

A díade BM-AG, correspondente ao subsistema conjugal, caracteriza-se por uma relação assente em confiança, afeto e respeito mútuo, com predomínio de ligações de Amor, como é possível constatar na Psicofigura de Mltchel (Figura 2). Observa-se, contudo, uma assimetria na gestão emocional, ou seja, AG evidencia maior estabilidade emocional, adotando

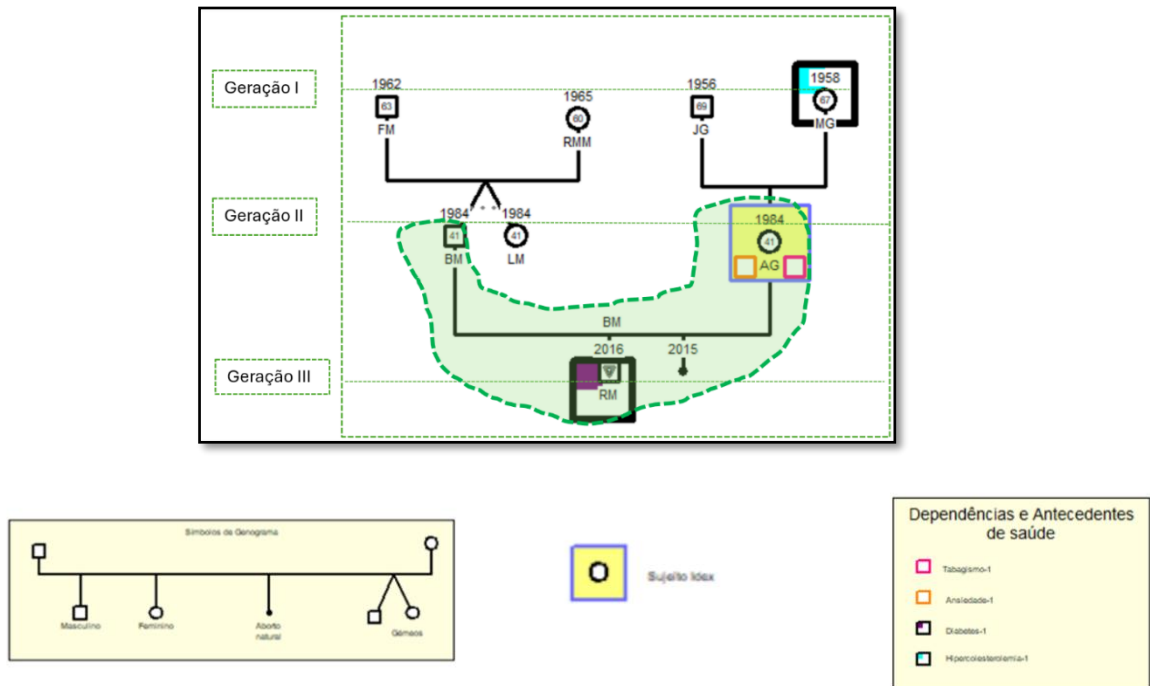
frequentemente um papel moderador nas interações conjugais, enquanto BM manifesta reatividade emocional mais intensa. Dessa forma, a postura mais estável de AG, parece atuar como reguladora da díade conjugal, contribuindo para a coesão do casal e influenciando positivamente as relações parentais.

Relativamente às díades parentais, AG-RM apresenta uma relação próxima e de dependência funcional, particularmente no controlo e tratamento da diabetes. Por outro lado, a díade BM-RM, embora próxima, revela episódios de conflito que podem introduzir instabilidade no ambiente familiar. O equilíbrio emocional de AG atua, neste contexto, como elemento amortecedor, mitigando tensões e promovendo um ambiente familiar estruturado e seguro, promotor do desenvolvimento emocional do filho.

No que concerne aos limites identificados na estrutura familiar, com base em Minuchin (1990), considera-se que a família apresenta, de forma global, limites predominantemente claros, evidenciando a delimitação do espaço e das funções de cada elemento, bem como a influência de cada um no sistema familiar. Verifica-se, assim, uma estrutura e organização consistentes, uma vez que as normas são facilmente compreendidas e as responsabilidades encontram-se distribuídas. Segundo Minuchin (1990), esta clareza normativa é característica de sistemas familiares com fronteiras funcionais, nos quais os papéis e as regras estão definidos, mas não de forma rígida. Na Escala de FACES II (Anexo B), os itens como *“em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade”* e *“as responsabilidades rodam pelos vários elementos da família”*, indicam que os limites não são rígidos ao ponto de impedir contacto, nem difusos ao ponto de existir fusão excessiva, pelo contrário, existe permeabilidade suficiente para promover colaboração e partilha.

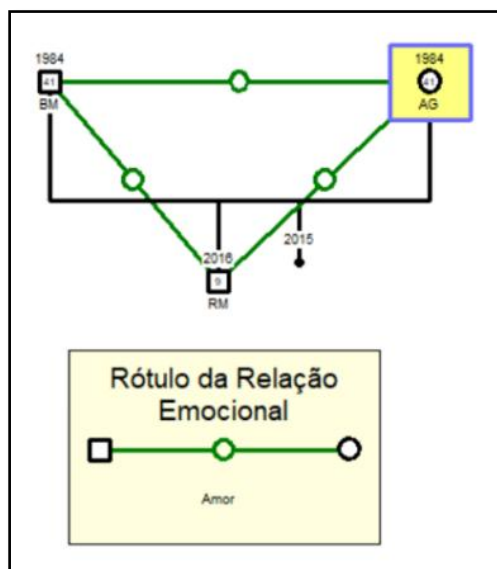
Contudo, no subsistema parental BM-RM, observam-se, em alguns momentos, limites menos claros e tendencialmente difusos, associados à reatividade emocional de BM, o que favorece a ocorrência de conflitos e dificulta a definição de fronteiras neste subsistema em particular.

Figura 1. Genograma da Família Lopes



Fonte: Genopro (2/11/25)

Figura 2. Psicofigura de Mitchel da Família Lopes



Fonte: Genopro (2/11/25)

Em termos de estrutura externa, verifica-se que, relativamente à família extensa, as díades externas à família nuclear evidenciam padrões contrastantes, ou seja, a díade JG-MG caracteriza-se por proximidade e apoio consistente em múltiplos níveis, reforçando a coesão familiar e proporcionando suporte emocional e prático, enquanto a díade FM-RM apresenta uma relação distante e fraca, com menor envolvimento afetivo e interação limitada.

Neste sentido, os pais de AG constituem a principal fonte de suporte afetivo e instrumental do agregado. A relação é marcada pela proximidade, envolvimento ativo e disponibilidade, assumindo um papel estrutural no equilíbrio emocional do RM. A rede materna funciona, assim, como fator de proteção, compensando fragilidades noutras relações familiares. Apesar do afastamento no ramo paterno, de forma geral, a tia mantém uma relação positiva e estável com o RM. Esta ligação funciona como ponte para a família paterna e como elemento adicional de apoio social, mitigando parcialmente a fragilidade deste subsistema que compromete o desenvolvimento da relação emocional entre o RM e os avós paternos.

O Ecomapa (Figura 3) evidencia, concomitantemente, uma rede diversificada de sistemas amplos externos, com impacto direto no funcionamento do agregado familiar, refletindo diferentes tipos de apoio, de disponibilidade e de recursos.

A escola assume um papel central como instituição de suporte, sendo descrita uma relação forte e significativa, sobretudo através do auxiliar educativo, que se constitui como figura de referência para o RM. Este vínculo exerce uma função reguladora, promovendo estabilidade emocional, segurança e suporte imediato no contexto escolar, representando um recurso protetor essencial.

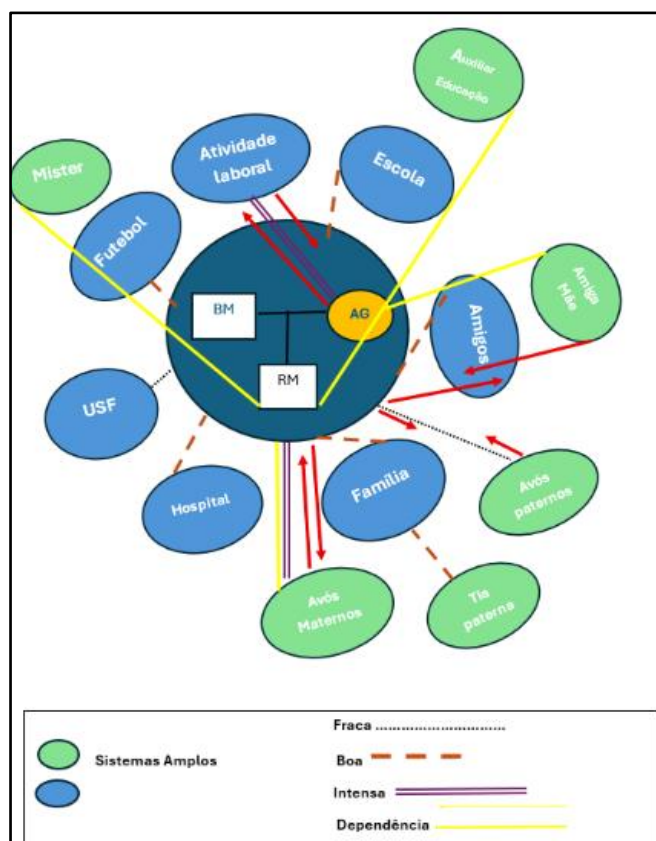
Na atividade física praticada pelo RM, futebol, o treinador (“mister”) configura um sistema formal de apoio complementar. Embora a relação ainda se encontre em desenvolvimento, observa-se uma evolução positiva, podendo consolidar-se como um contributo relevante para a autoestima, disciplina e integração social do RM. A participação desportiva reforça igualmente competências relacionais e de pertença a grupos.

Relativamente à USF Trevo, a ligação é descrita como fraca e distante, revelando um envolvimento reduzido nas dinâmicas de saúde do agregado. O hospital é percecionado como uma instituição de proximidade e confiança. A existência de interações prévias positivas e a perceção de competência dos profissionais contribuem para que este serviço funcione como um recurso seguro e acessível para a família.

Outro elemento de ligação forte e de confiança, é uma amiga da AG, que foi educadora do RM, representando um recurso relevante, tanto para a mãe, como para o RM. Para além

do apoio emocional, a sua experiência enquanto educadora acrescenta conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e diabetes, reforçando a resiliência e a capacidade de resposta da díade mãe-filho.

Figura 3. Ecomapa da Família Lopes



Fonte: Própria (2/11/25)

No que se refere ao contexto., os três membros do agregado familiar são de “raça caucasiana”, pertencendo a uma classe social média, conforme avaliado pela Escala de Graffar, com pontuação de 15 pontos (Anexo C).

Os dois progenitores possuem ensino secundário completo (12.º ano) e estão ambos empregados com contrato por tempo indeterminado. O progenitor BM trabalha por turnos de 8 horas em regime rotativo, enquanto a progenitora AG dispõe de flexibilidade, podendo realizar parte do seu trabalho em regime de teletrabalho.

Residem num edifício tipo moradia, em meio urbano, com acesso a todos os recursos essenciais, o que favorece o bem-estar e a qualidade de vida da família. A moradia apresenta condições adequadas de conforto, incluindo sistema de climatização nos quartos e na sala, e manutenção de limpeza regular, assegurada semanalmente pela AG. Além disso, os três elementos do agregado colaboram diariamente na manutenção e organização do lar, promovendo um ambiente funcional e saudável.

O *Sujeito Índice* considera que a situação financeira da família contribui positivamente para o estilo de vida dos seus membros, permitindo acesso a bens e serviços que favorecem a saúde e o bem-estar geral. Contudo, refere que a intensa carga laboral exerce um impacto negativo na dinâmica familiar, sobretudo no que diz respeito ao tempo disponível para atividades conjuntas, bem como na saúde individual, devido ao elevado nível de *stress* associado ao cumprimento de objetivos, prazos e à necessidade de respostas imediatas. Na escala de APGAR considera que “Quase Nunca” *“Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”*.

Do ponto de vista religioso, os membros do agregado identificam-se como católicos, mas não praticantes, não considerando a espiritualidade uma dimensão central nas suas rotinas ou decisões familiares.

A avaliação de **DESENVOLVIMENTO**, considera as etapas do ciclo vital familiar, conforme definidas por Relvas (2004). De acordo com a informação recolhida, a família encontra-se na terceira etapa do ciclo vital, denominada “família com filhos na escola” (Relvas, 2004 p. 113).

A avaliação desta etapa permite compreender a relação entre as necessidades da criança em idade escolar e os recursos disponíveis no agregado familiar, incluindo suporte emocional, disponibilidade de tempo e capacidade de conciliação das exigências profissionais e familiares (Relvas, 2004).

Nesta fase do ciclo vital, observa-se a aquisição de novos papéis e responsabilidades por parte dos adultos, que se adaptam às exigências parentais e à gestão do lar, conciliando simultaneamente os papéis da vida profissional, familiar e social. Relvas (2004 p. 114), considera que “a entrada dos filhos na escola é a primeira crise de desmembramento (...), implicando em termos internos a separação e em termos externos o início da relação com um sistema novo”.

No caso da Família Lopes, considerando que RM já frequenta o 4.º ano de escolaridade, a separação progressiva da criança e a sua ligação a novos contextos, nomeadamente o escolar, encontram-se já integradas e consolidadas na dinâmica familiar.

Esta etapa é também marcada pela expansão da socialização da criança, que começa a desenvolver uma maior autonomia e a estabelecer progressivamente, relações fora do núcleo familiar. Este processo exige ajustes constantes nos padrões de interação e na distribuição de responsabilidades dentro da família, aumentando a complexidade das dinâmicas familiares (Relvas, 2004).

Apesar da intensa atividade laboral e da dificuldade em desligar-se das responsabilidades profissionais, o *Sujeito Index* dedica-se de forma significativa ao filho, intervindo ativamente no seu acompanhamento diário, nas exigências escolares, no complexo plano terapêutico associado ao controlo da DM1, bem como na gestão de eventuais conflitos entre pai e filho. A informação emerge da análise das entrevistas realizadas, sendo corroborada pela interpretação da escala comportamental da diabetes e da escala FACES II. Esta dedicação, reforçada por ligações de afeto, como evidencia a Psicofigura de Mitchel (Figura 2), revela um forte compromisso parental e afetivo, constituindo um recurso fundamental para o desenvolvimento físico, emocional e social do filho.

A presença de uma rede de apoio familiar e social, aliada a uma organização interna estruturada, constitui um recurso importante para promover a estabilidade e o desenvolvimento saudável da criança, permitindo que a família enfrente de forma mais eficaz as exigências externas e internas (Relvas, 2004).

Em termos da avaliação **FUNCIONAL**, nomeadamente do *funcionamento instrumental*, no que diz respeito às atividades de vida diária (AVDs), a família organiza-se de forma a atender às necessidades básicas de todos os membros, contando com o apoio do subsistema JG-MG, que constitui uma rede de suporte importante para o núcleo familiar.

De acordo com o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), a avaliação funcional das AVD's permite compreender a capacidade da família em manter a saúde, prevenir riscos e promover a qualidade de vida.

Relativamente à “manutenção do ambiente seguro”, o RM tem DM1 e dispõe de um SCSPI. É seguido regularmente na consulta de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina [PSCI] no hospital da área de residência. Tem um bom controlo metabólico, sendo o valor da última Hemoglobina Glicada de 6,3%.

A família demonstra rigor e vigilância relativamente ao tratamento do RM, assegurando o cumprimento dos horários de administração de insulina, a realização de refeições equilibradas e adaptadas às necessidades do RM e a prática de exercício físico regular, com monitorização constante dos valores da glicose. Revelam cuidado extremo na prevenção e tratamento das hipoglicémias e cetonemia, como também é possível verificar na Escala

Comportamental DBFS aplicada ao RM (Anexo A). Estes cuidados evidenciam elevado grau de responsabilidade parental, organização familiar e preocupação constante com a segurança e bem-estar do filho.

No que diz respeito à atividade de vida “respirar”, identificou-se que o *Sujeito Índice* é fumador, consumindo cerca de um maço de cigarros por dia, não sendo reportados problemas respiratórios nos membros do agregado.

A “alimentação” é uma atividade de vida central na dinâmica diária da família, na medida em que, as refeições são confeccionadas pelos pais, de acordo com a disponibilidade e necessidades da família, de forma a manter o equilíbrio nutricional e controlo de hidratos de carbono [HC]. O RM almoça regularmente na casa dos avós maternos, onde a contagem de HC é monitorizada. Os lanches da escola são preparados e etiquetados pela mãe, com indicação das gramas de HC. Não se identificaram alergias alimentares no agregado.

Relativamente à atividade “mobilizar-se”, o BM realiza atividade física no contexto laboral, enquanto o RM pratica futebol três vezes por semana, com vigilância reforçada dos valores glicémicos. A AG não pratica atividade física. Para deslocações, a família utiliza automóvel próprio, garantindo segurança e autonomia nos transportes.

No que diz respeito ao “trabalho e lazer”, a AG apresenta uma atividade laboral de elevada exigência, decorrente do regime de teletrabalho, enquanto o BM usufrui de folgas semanais em regime rotativo. A escala de FACES II evidencia que “Muitas Vezes”, “*Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros*”. No entanto a escala de APGAR de AG revela que “Quase nunca” “*Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família*”. As atividades de lazer, quando realizadas, contribuem positivamente para a dinâmica familiar e fortalecimento dos vínculos, promovendo momentos de interação e bem-estar. Relativamente à “expressão da sexualidade”, a relação do casal apresenta oscilações, influenciada pelo contexto parental e pelas exigências relacionadas com os cuidados do filho.

Por fim, a atividade de vida “dormir” está comprometida, desde o diagnóstico da DM1 do RM, o *Sujeito Índice* refere dificuldades em dormir de forma contínua e tranquila, devido ao receio de hipoglicémias, mesmo com o recurso a alarmes de monitorização. Este facto é mais agravado dado que o BM tem turnos de trabalho noturno e nessas noites a AG fica sozinha com o RM. Por outro lado, o RM apresenta sono adequado, com cerca de 8 horas por noite, tranquilo e reparador.

Relativamente ao futuro, apesar do bom controlo metabólico do RM, os pais assumem que o desenvolvimento de complicações é uma preocupação constante, exigindo estratégias

de *coping* e monitorização contínua para lidar com o *stress* e a ansiedade associada à doença crónica do filho.

A análise do *funcionamento expressivo* da Família Lopes, de acordo com o MCAIF, permite compreender os padrões de comunicação, a definição de papéis, a distribuição de influência e poder, bem como as alianças e crenças presentes no sistema familiar.

No que se refere à “comunicação”, observa-se um padrão globalmente espontâneo, claro e funcional, caracterizado por interações com respeito e emocionalmente moderadas. A escala de FACES II (Anexo B) evidencia que “Quase Sempre, os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece e Quase nunca em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos”.

A comunicação verbal revela-se adequada e eficaz na transmissão de informações relativas às rotinas diárias, à organização familiar e à gestão dos cuidados de saúde do RM. Na escala de FACES II (Anexo B), verifica-se que “Muitas Vezes”, “*Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares*”.

A comunicação não verbal, expressa através de gestos, olhares e contacto físico, reforça a proximidade, o afeto e a segurança entre os membros.

Contudo, perante situações relacionadas com o cuidado do RM, verifica-se uma alteração no padrão comunicacional. O pai tende a manifestar preocupação e ansiedade de forma mais intensa, enquanto a mãe assume um papel de mediação e regulação emocional, procurando restabelecer a estabilidade e organizar a resposta familiar. Esta dinâmica evidencia um padrão de comunicação circular, no qual a reação de cada elemento influencia a resposta do outro, contribuindo para a autorregulação do sistema familiar. Dado que segundo a Escala de Faces II (Anexo B), “Quase Nunca”, “*Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho*”.

Relativamente aos papéis familiares, estes encontram-se globalmente definidos. O *Sujeito Index* assume um papel central na organização da dinâmica familiar e na supervisão do plano terapêutico. O BM desempenha um papel complementar, com maior envolvimento em aspetos práticos e atividades físicas do filho, recorrendo à AG em decisões mais complexas, o que evidencia uma distribuição de poder predominantemente centrada em AG.

A Escala FACES II (Anexo B) sugere um nível elevado de proximidade emocional entre os membros, nomeadamente, no item “*Sentimo-nos chegados uns aos outros*” e “*Fazem as coisas em conjunto*” foi respondido, “Quase Sempre”, e uma capacidade adaptativa adequada, sugerindo um padrão de funcionamento familiar globalmente equilibrado, de acordo com o Modelo Circumplexo de Olson (1997) citado por (Figueiredo, Rego & Dantas, 2023), evidenciado, por exemplo, no item “*Quase sempre tentam encontrar respostas para os*

problemas” ou “*Quando os problemas surgem, todos fazemos cedências*”. Assim, de acordo com a Escala de FACES II, a família Lopes pode ser considerada flexível, em termos de adaptabilidade e ligada ao nível de coesão.

Contudo, identifica uma tendência para sobrecarga da AG, refletida na avaliação obtida na Escala de APGAR Familiar (Anexo D). De acordo com a sua percepção, a família enquadra-se numa classificação de disfunção moderada. Este resultado parece associar-se à insatisfação relativamente ao tempo partilhado em contexto familiar e à forma como são expressas as manifestações de afeto e a resposta aos seus sentimentos.

A coexistência de exigências profissionais e familiares parece contribuir para o desgaste emocional da AG, evidenciado por sinais de cansaço e episódios compatíveis com sintomatologia ansiosa, o que poderão, a médio prazo, comprometer o equilíbrio expressivo do sistema familiar. Neste contexto, a presença dos avós maternos configura-se como um fator de apoio ao funcionamento expressivo da família.

3.5.4. Avaliação da Família Costa

No que concerne à avaliação da **ESTRUTURA** interna, como evidencia o Genograma (Figura 4) a Família Costa é constituída por três membros: dois adultos e um jovem adolescente.

O *Sujeito Index* LB, do sexo feminino, tem 61 anos de idade. Como antecedentes pessoais de saúde refere hipercolesterolemia. Encontra-se aposentada e identifica-se como heterossexual.

O segundo elemento adulto, CS, do sexo masculino, tem 63 anos. À semelhança de LB tem hipercolesterolemia. Encontra-se aposentado e identifica-se como heterossexual.

Com o casal, vive a neta MV, do género feminino, com 17 anos de idade. Foi diagnosticado com DM1 aos 11 anos. Atualmente frequenta o 11.º ano de escolaridade.

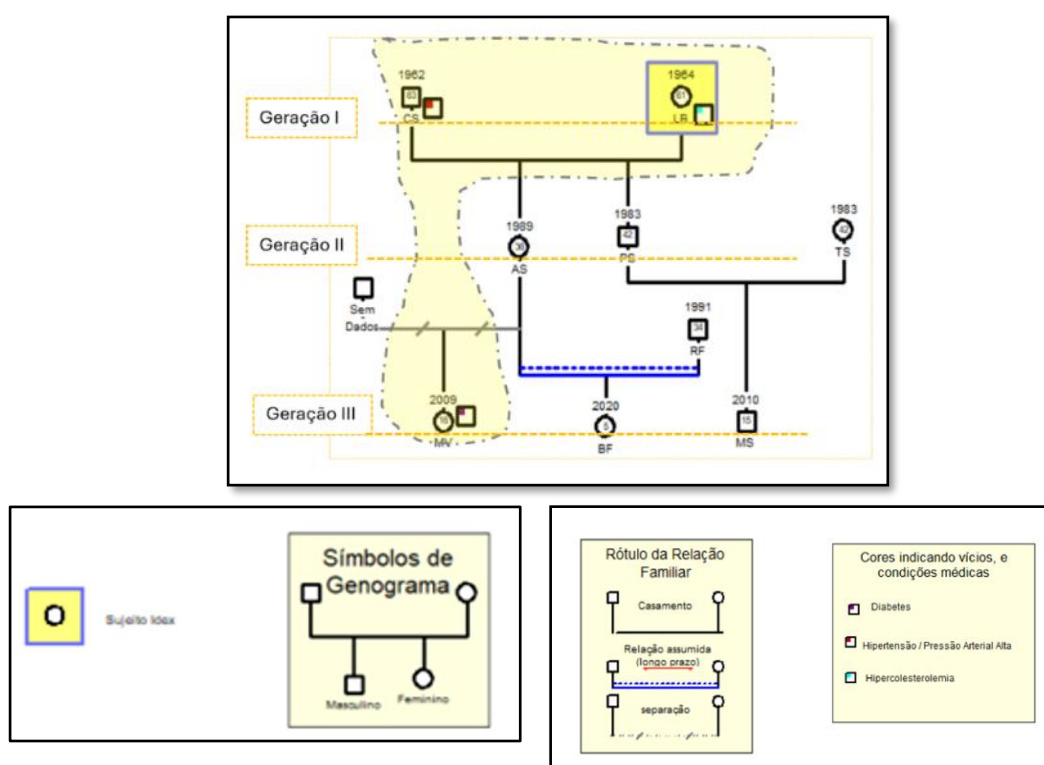
A díade LB-CS, correspondente ao subsistema conjugal, caracteriza-se por uma relação assente em confiança e respeito mútuo, com grande dedicação à neta MV, muito centrados nela, Psicofigura de Mitchel (Figura 5).

Relativamente às díades, a LB-MV apresenta uma relação próxima e de dependência funcional, particularmente no controlo e tratamento da DM1. Por outro lado, a díade CS-MV, apesar de apresentar uma relação de proximidade, não se verifica em termos de dependência funcional, relativamente ao tratamento da diabetes.

Com base em Minuchin (1990), considera-se que a família apresenta limites internos claros e firmes que permitem apoio emocional, proximidade e comunicação, mas preservam a autonomia individual de cada elemento. Dentro dos subsistemas verifica-se, também, limites diferenciados, dado que o subsistema conjugal LB-CS apresenta limites claros e funcionais, com LB assumindo papel regulador e controlador da dinâmica familiar. A coesão deste subsistema favorece a segurança e consistência do ambiente familiar. A díade LB-MV demonstra uma relação próxima e dependente, com limites relativamente claros. LB desempenha um papel protetor e fortemente regulador, garantindo estabilidade e aparentemente uma forte proteção. A díade CS-MV apresenta uma relação próxima, mas com limites mais difusos em alguns momentos, pois MV consegue manipular mais facilmente o avô.

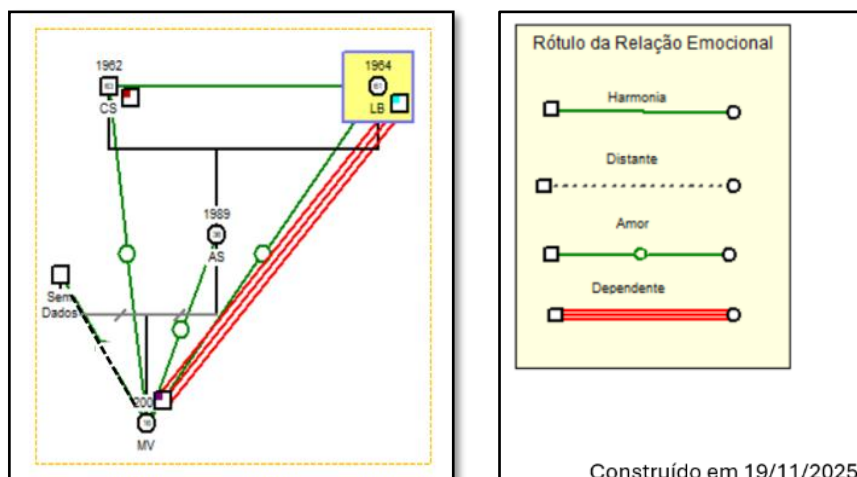
Com base nos resultados obtidos na Escala FACES II (Anexo E), observa-se que a família apresenta um padrão de limites maioritariamente claros, de acordo com o modelo estrutural de Minuchin (1990). Estes limites permitem a existência de apoio mútuo, organização interna e um nível saudável de proximidade entre os membros.

Figura 4. Genograma da Família Costa



Fonte: Genopro (19/11/25)

Figura 5. Psicofigura de Mitchel da Família Costa



Fonte: Genopro

As díades estabelecidas com familiares externos, ainda que próximos, manifestam-se na relação com AS, mãe de MV, e com BF, irmã de MV, ambas não residentes no mesmo agregado familiar, mas com vínculo afetivo relevante.

A relação AS - MV apresenta-se estável e tranquila, no entanto, de acordo com o *Sujeito Índex*, AS tende a assumir uma postura mais facilitadora da autonomia, proporcionando maior margem de decisão e liberdade à filha, do que a avó.

Além disso, a família revela estrutura e organização claras, uma vez que as normas são percebidas sem dificuldade e as responsabilidades estão distribuídas. A escala de FACES II evidencia que “Quase Sempre”, “*As responsabilidades da nossa casa rondam pelos vários elementos da família*”.

Segundo Minuchin (1990), esta clareza normativa é característica de sistemas familiares com fronteiras funcionais, onde os papéis e regras estão definidos, mas não de forma inflexível. Ainda assim, verifica-se que a avó assume um papel preponderante na estrutura familiar, exercendo maior influência na definição de normas e na tomada de decisões.

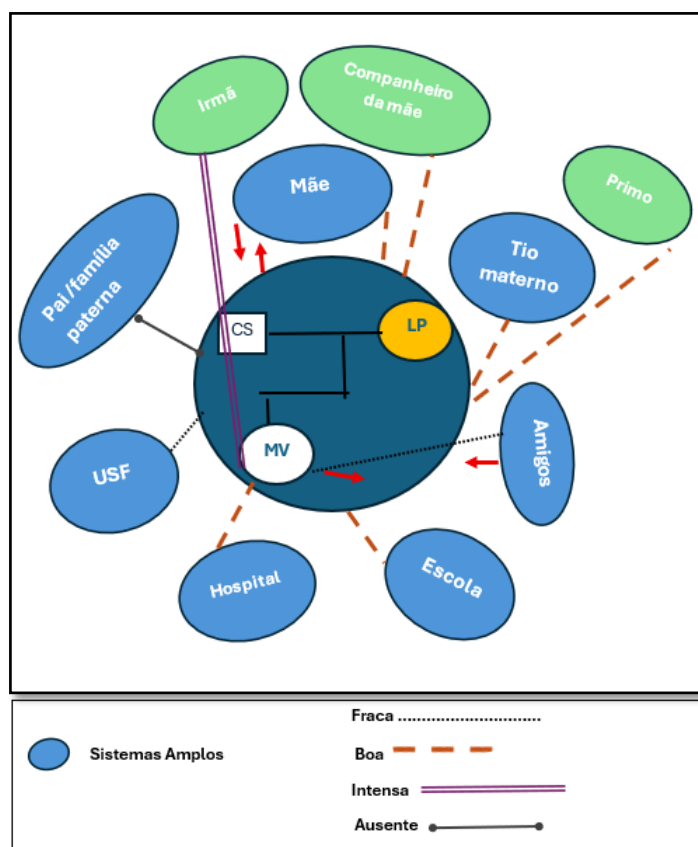
Este perfil sugere uma família funcional, compatível com a escala de APGAR dos três elementos (Anexo F), com dinâmicas de proximidade e organização adequadas, mas que poderia beneficiar do fortalecimento das fronteiras relacionadas com a comunicação aberta e da diferenciação de papéis. Neste sentido, a promoção de maior autonomia e a delegação gradual de responsabilidades à neta, por parte da avó, poderão favorecer o desenvolvimento da sua independência, autoeficácia e capacidade de tomada de decisão.

Relativamente à família alargada e instituições de apoio, de acordo com o Ecomapa (Figura 6), verifica-se uma rede pouco diversificada em sistemas externos, com impacto direto no funcionamento do agregado familiar.

Salienta-se a ligação a PS, filho de LB e CS e tio de MV, assim como ao seu filho, neto de LB e CS e primo de MV. Esta relação é descrita como próxima e afetivamente significativa, evidenciando um impacto positivo no bem-estar e no desenvolvimento de MV.

A ligação à Unidade de Saúde Familiar é descrita como fraca e distante, revelando um envolvimento reduzido nas dinâmicas de saúde do agregado. Por sua vez, o hospital é percecionado como uma instituição de proximidade e confiança. A relação com a escola é descrita como intensa, e com maior proximidade a alguns professores. O núcleo de amigos é muito reduzido e o contacto resume-se ao contexto escolar. Também não frequenta atividades extracurriculares.

Figura 6. Ecomapa da Família Costa



Fonte: Própria (19/11/25)

No que se refere ao contexto, os três membros do agregado familiar são de “raça caucasiana”, pertencendo a uma classe social média baixa, conforme avaliado pela Escala de Graffar, com 17 pontos (Anexo G).

O casal possui o 4.º ano de escolaridade e encontram-se atualmente aposentados. Residem num espaço rural, mas próximo do meio urbano, com acesso a todos os recursos essenciais, o que favorece o bem-estar e a qualidade de vida da família. A moradia apresenta condições adequadas de conforto, incluindo sistema de climatização, sendo a manutenção assegurada pela LB.

O *Sujeito Índice* considera que a situação financeira da família contribui positivamente para o estilo de vida dos membros, permitindo acesso a bens e serviços que favorecem a saúde e o bem-estar geral.

Do ponto de vista religioso, os membros do agregado identificam-se como católicos, mas não praticantes, não considerando a espiritualidade uma dimensão central nas suas rotinas ou decisões familiares.

Relativamente à avaliação a nível do **DESENVOLVIMENTO**, consideraram-se as etapas do ciclo vital familiar, conforme definidas por Relvas (2004). De acordo com os dados recolhidos, esta família encontra-se na etapa do ciclo vital, denominada “família com filhos adolescentes” (Relvas, 2004 p. 145).

Segundo o referido autor, esta etapa do ciclo vital da família, conduz a grandes mudanças na dinâmica e estrutura familiar, transversal às duas gerações, pelas alterações físicas e comportamentais que o adolescente está a vivenciar e pela alteração na relação pais-filhos, como a busca por independência e a construção da identidade individual.

As ações parentais, nesta fase do ciclo vital, de acordo com Figueiredo (2012), devem evidenciar a promoção do desenvolvimento da autonomia e a socialização do adolescente, enquanto este deve sentir este espaço como um lugar de segurança e afeto. A este respeito a escala DFBS (Anexo H) no item 8, evidencia que “Quase Sempre”, “Os *meus pais fazem coisas pela minha diabetes que eu poderia fazer sozinho.*”

Neste contexto familiar, as funções parentais são desempenhadas predominantemente pelos avós maternos, uma vez que a mãe não coabita com MV e o pai não mantém contacto com a mesma. Assim, os avós assumem a responsabilidade pelas principais tarefas educativas, de supervisão e de suporte emocional.

Neste enquadramento, um dos principais desafios identificados prende-se com o apoio à adolescente no desenvolvimento da sua autonomia e responsabilização progressiva, dado em

que se verifica uma tendência por parte da avó para realizar tarefas pela adolescente, ao invés de promover a sua execução autónoma.

Em relação à adolescente, evidencia-se uma necessidade de autonomia e de espaço próprio, ao mesmo tempo que revela necessidade de proteção. Na escala DFBS (Anexo H), a jovem considera que “Algumas Vezes”, “*Sinto-me sozinho no que respeita a diabetes*”.

Segundo Relvas (2004, p.150), o adolescente, “ora avança, ora recua, no caminho da autonomia, e no processo de separação (...)”. Ainda na perspetiva do autor, para o adolescente a procura de autonomia significa arriscar fora da matriz familiar, enquanto na visão dos pais significa uma redução progressiva no controlo exercido sobre os filhos. Todavia, na presença de uma doença crónica, como a DM1, este processo de autonomia, muitas vezes está comprometido, quer por parte dos pais, como pelo próprio adolescente, resultando em conflito e muitas vezes em isolamento. Na opinião de Martins e Oliveira (2023 p. 88), “o grande desafio dos pais prende-se em dotar os filhos de ferramentas que lhes permitam a construção adequada da sua autonomia (...)”.

No que diz respeito à avaliação **FUNCIONAL** da família, a nível *instrumental*, esta organiza-se de forma a atender às necessidades básicas de todos os membros, contando com o apoio do subsistema LB-CS, que constitui uma rede de suporte importante para o núcleo familiar.

No que diz respeito à “manutenção do ambiente seguro”, a MV tem DM1, dispõe de um Sistema Contínuo Subcutâneo de Perfusão de Insulina. É seguida na consulta de PSCI no hospital da área de residência. Tem um bom controlo metabólico, sendo o valor da última Hemoglobina Glicada de 6,5%.

A família demonstra rigor e vigilância relativamente ao tratamento da MV, assegurando o cumprimento dos horários da refeição, da mudança da cânula e sistema de perfusão, bem como todos os cuidados de assepsia inerentes ao procedimento. Revelam cuidado na monitorização dos valores, seguindo a leitura da glicose através de aplicação digital disponível no telemóvel, dados, também, revelados na análise da Escala Comportamental DFBS (Anexo H). Estes cuidados evidenciam elevado grau de responsabilidade, organização familiar e preocupação constante com a segurança e bem-estar da MV. Relativamente à “alimentação”, as refeições são confeccionadas pela LB, de acordo com a disponibilidade e necessidades da família, de forma a manter o equilíbrio nutricional e controlo de hidratos de carbono (HC). A MV almoça e lancha regularmente na escola, a avó envia tudo identificado com os HC. No que concerne à “mobilidade”, nenhum dos elementos pratica atividade física. A MV tem educação física na escola e aulas práticas, inseridas na componente curricular, que envolvem

atividade física moderada. De acordo com a Escala DFBS “Quase Nunca”, “Os *meus pais encorajam-me a fazer exercício todos os dias*”. Para deslocções, a família utiliza automóvel próprio, garantindo segurança e autonomia no transporte. Relativamente ao “trabalho e lazer”, LB e CS encontram-se aposentados, dedicando o tempo à neta, assegurando todas as necessidades básicas de vida. Na escala de FACES II é evidenciado que “Quase Sempre”, *Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros*. Como vivem num ambiente rural, com muito espaço ao ar livre, têm animais para consumo doméstico, facto que os mantém ocupados.

Relativamente à atividade de vida “dormir”, desde o diagnóstico de diabetes da MV, o *Sujeito Índex* refere dificuldades em dormir de forma contínua e tranquila, devido ao receio de hipoglicémias, mesmo com o recurso a alarmes de monitorização. Por outro lado, a MV apresenta sono adequado, com cerca de 8 horas por noite, tranquilo e reparador, mesmo na presença de hipoglicémias ou hiperglicemias, a avó resolve sem a acordar.

Relativamente ao futuro, apesar do bom controlo metabólico da MV, a avó assume um receio do desenvolvimento de complicações, é uma preocupação constante, exigindo estratégias de *coping* e monitorização contínua para lidar com o *stress* e a ansiedade associada à doença crónica da neta.

A análise do *funcionamento expressivo* da Família Costa, de acordo com o MCAIF, permite compreender os padrões de comunicação, a definição de papéis, a distribuição de influência e poder, bem como as alianças e crenças presentes no sistema familiar.

A observação do ambiente familiar revelou um padrão de “comunicação” tranquilo, sem grande expressão de emoções por parte do casal. As interações são pautadas pelo respeito e pela moderação, refletindo uma abordagem equilibrada nas relações familiares. De acordo com o *Sujeito Index*, na Escala de FACES II, “Quase Sempre”, “*Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião*”. Porém, a MV manifesta alguma necessidade de verbalizar sentimentos e experiências, evidenciando também uma necessidade grande de atenção e escuta ativa.

A comunicação verbal no agregado é clara e funcional, garantindo a transmissão de informações sobre tarefas diárias, cuidados com a MV e atividades familiares.

A comunicação não verbal, expressa através de gestos, olhares e toques, reforça o afeto e segurança. No entanto, a MV manifesta maior expressão emocional não verbal, nomeadamente através de abraços e olhares, frequentemente associados a sinais de alguma tristeza, enquanto os avós apresentam expressões afetivas mais contidas, com menor transmissão emocional explícita.

A interpretação da Escala FACES II (Anexo E) evidencia uma família com boa coesão e adaptabilidade moderada, com capacidade de se reorganizar perante pressões, como é possível verificar em vários itens da Escala.

De acordo com o *Sujeito Index*, a MV passa muito tempo livre no quarto, a pintar, a ouvir música, no computador e no telemóvel. Manifesta alguma tristeza e diz “*estou farta, estou cansada, a vida não é igual para todos*”. No que diz respeito ao item 5, de vez em quando “*Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala*”.

A observação familiar, indica que os papéis se encontram relativamente bem definidos e estáveis. O *Sujeito Index* (AG) desempenha o papel central na gestão da dinâmica familiar, sendo a principal responsável pela organização do contexto familiar, pela coordenação das rotinas e pela supervisão rigorosa do tratamento da neta.

Nos períodos em que a MV está na casa da mãe, como férias ou fins de semana, assume o tratamento de forma mais autónoma com supervisão, na medida em que a mãe possui as competências necessárias para a gestão adequada da sua condição, segundo referiu LB.

A família demonstra capacidade funcional de resolução de problemas, mobilizando recursos internos e externos conforme necessário, sendo o elemento central a LB. Na Escala de FACES II (Anexo E) é possível constatar que “*Quase Sempre*”, “*Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns dos outros*”.

A elevada coesão é, também, demonstrada por itens como “*em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade*” e “*as responsabilidades rodam pelos vários elementos da família*” ou, “*na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros*”.

A análise das entrevistas, articulada com a interpretação da escala comportamental da diabetes, evidencia a relevância da promoção da autonomia e da socialização da adolescente, num contexto que deverá ser simultaneamente vivido como espaço de segurança e afeto. No entanto, apesar de a adolescente manifestar ambivalência entre a necessidade de autonomia e de espaço próprio e a procura de proteção, observa-se uma tendência por parte da avó para assumir a realização de tarefas relacionadas com a gestão da doença, em detrimento da sua execução autónoma.

Concluído o processo de avaliação familiar e identificados os principais focos de intervenção, impõe-se a construção de um plano de cuidados estruturado, orientado e ajustada às necessidades de saúde das famílias.

3.5.5. Planos de Cuidados das Famílias

De acordo com Figueiredo (2012), os cuidados de enfermagem à família devem assumir-se como um processo dinâmico e terapêutico, sustentado numa interação significativa que promova o envolvimento de todos os membros da família ao longo de todas as etapas do processo. A identificação de diagnósticos de enfermagem deve centrar-se no processo de transição da pessoa/família, considerando o potencial de melhoria, o conhecimento, a consciencialização, a capacidade adaptativa, o significado atribuído à experiência vivida e a autoeficácia (Meleis, 2010, citado por Sampaio, 2024).

Paralelamente, a análise criteriosa dos dados constitui um elemento essencial do processo de enfermagem, uma vez que uma formulação diagnóstica pouco rigorosa poderá conduzir a intervenções desajustadas às reais necessidades da família (Sampaio, 2024).

Sequeira e Sequeira (2023), defendem que os conceitos utilizados em enfermagem, na identificação de diagnósticos, de prescrição, implementação e avaliação carecem de uma linguagem classificada, possibilitando uma descrição da prática clínica precisa e rigorosa.

Neste sentido, recorreu-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] do ICN, na medida em que é o sistema de classificação utilizado em Portugal e a única terminologia integrada na *World Health Organization Family of International Classifications* (Sequeira & Sampaio, 2018 citados por Sequeira & Sequeira, 2023).

Segundo Sequeira e Sequeira (2023 p. 381), “a sua criação representou um passo essencial para adoção de uma linguagem uniformizada por parte dos enfermeiros, principalmente no que diz respeito as definições de diagnóstico e das intervenções (...)”.

Neste enquadramento, com base na avaliação familiar realizada, estrutural, de desenvolvimento e funcional, foram identificados e validados com a família os diagnósticos de enfermagem.

A partir desta análise, procedeu-se ao planeamento de intervenções orientadas para a promoção da adaptação e do equilíbrio familiar, assegurando o envolvimento e o compromisso da família na sua implementação.

Assim, considerando a família como foco e alvo dos cuidados, o enfermeiro de família organiza os cuidados à família, colaborando com ela no planeamento dos mesmos (Hanson, 2005).

Família Lopes

Relativamente à **família Lopes**, os focos de diagnóstico e intervenção centraram-se no *Sujeito Index*, com envolvimento dos restantes membros da família. Durante as consultas de enfermagem realizadas ao longo do período de intervenção e na visita domiciliária, com base na aplicação do MCAIF, foram identificadas alterações no processo de *coping* da AG, manifestadas por sintomatologia sugestiva de ansiedade, episódios de pânico, alterações do padrão de sono e aumento do consumo de tabaco. Contudo, ainda, não se observaram repercussões significativas na dinâmica familiar.

Perante este contexto, as intervenções de enfermagem centraram-se na avaliação do *coping* e das expectativas do *Sujeito Index*, promovendo o envolvimento do marido e a comunicação de sentimentos e estratégias de autocuidado promotoras de bem-estar. Paralelamente, procurou-se identificar e valorizar as forças individuais e familiares, em particular as de AG, promovendo uma presença efetiva na interação terapêutica e contribuindo para intervenções mais centradas, consistentes e eficazes (Gottlieb, 2016).

Identificaram-se alterações no padrão de sono, desde o diagnóstico do filho, o que motivou o envolvimento do marido/pai na vigilância da glicémia e na tomada de decisão relativa à sua monitorização durante as noites em que estava presente. Paralelamente, foram promovidos o ensino de técnicas de relaxamento e estratégias de adaptação. Contudo, tendo em consideração a importância de manter um padrão de sono eficaz foi encaminhada para consulta com o médico de família, sendo prescrita terapêutica farmacológica adequada, para fazer nas noites em que o marido está em casa e assim normalizar o padrão de sono.

No que diz respeito ao consumo de tabaco, foi realizada uma sessão para informação sobre os seus malefícios, sendo também avaliada a disponibilidade do *Sujeito Index* para a cessação tabágica. Simultaneamente, foram incentivadas atividades promotoras de bem-estar, como exercício físico, e promovido o encaminhamento para os recursos disponíveis na comunidade, reforçando estratégias de prevenção e cuidado integral.

No quadro que se segue, encontram-se destacados os focos de diagnóstico e as respetivas estratégias de intervenção implementadas com a família Lopes, de acordo com a terminologia CIPE.

Quadro 1. Plano de Cuidados da Família Lopes

FOCO	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES
<u>COPING</u>	Processo de <i>coping</i> comprometido (AG)	Promover <i>Coping</i> Efetivo	• Avaliar <i>Coping</i>; • Avaliar Expectativas; • Facilitar capacidades para comunicar sentimentos; • Promover autocuidado; • Avaliar padrão de exercício; • Encorajar repouso; • Relatar a membro da família; • Assegurar continuidade de cuidados.
<u>SONO</u>	Sono Comprometido (AG)	Promover um padrão de sono eficaz	• Avaliar padrão de sono; • Ensinar sobre padrão de sono; • Ensinar técnicas de relaxamento; • Ensinar sobre técnicas de adaptação; • Envolver o marido/pai na vigilância da glicemia, durante a noite.
<u>USO DO TABACO</u>	Abuso de tabaco (AG)	Promover a cessação tabágica	• Monitorizar; • Informar sobre malefícios do tabaco; • Avaliar disponibilidade para cessação tabágica; • Envolver no processo de tomada de decisão; • Incentivar o programa de cessação tabágica; • Orientar para atividades promotoras de bem-estar; • Encaminhar para recursos comunidade.

Fonte: Própria

Família Costa

No que concerne à avaliação e intervenção familiar com a **família Costa**, decorrente das consultas de enfermagem e da visita domiciliária, os focos de diagnóstico centraram-se na Jovem, nomeadamente na sua dificuldade em demonstrar autonomia na gestão do tratamento da DM1, evidenciando elevada dependência da avó. Observou-se também algum comprometimento no nível de socialização e na integração em contextos extrafamiliares, o que reforça a necessidade de uma abordagem que envolva todo o sistema familiar.

Neste contexto, as intervenções de enfermagem foram direcionadas para a avaliação da aceitação do estado de saúde, do *coping* e das expectativas da Jovem, assim como do desempenho de papéis no seio familiar. Paralelamente, procurou-se reforçar a adesão ao regime terapêutico, apoiar a tomada de decisão conjunta, promover a autoestima, fortalecer competências e capacidades para a consecução de objetivos e facilitar a comunicação de sentimentos. Acrescentou-se ainda o ensino de técnicas de adaptação e a orientação para padrões adequados de exercício físico, assegurando uma intervenção integral e centrada nas necessidades da jovem e da família. Foi também assegurado o interesse da jovem no acompanhamento por uma Psicóloga (Quadro 2).

Quadro 2. Plano de Cuidados da Família Costa

FOCO	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES
<u>AUTONOMIA</u>	Autonomia Comprometida (MV)	Promover Autonomia	• Avaliar aceitação do estado de saúde; • Avaliar atitude face ao regime de tratamento; • Avaliar desempenho de papéis; • Avaliar expectativas; • Envolver no processo de tomada de decisão; • Reforçar capacidades; • Reforçar consecução de objetivos; • Reforçar a adesão.
<u>SOCIALIZAÇÃO</u>	Socialização Comprometida (MV)	Promover Socialização	• Promover autoestima; • Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; • Avaliar aceitação do estado de saúde; • Avaliar <i>coping</i>; • Avaliar expectativas; • Avaliar padrão de exercício; • Ensinar técnicas de adaptação.

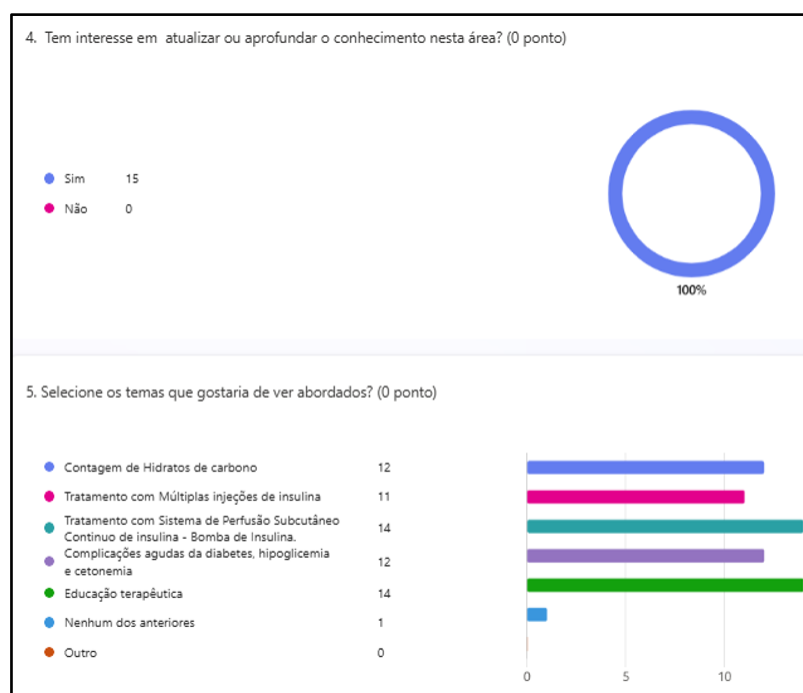
Fonte: Própria

3.5.6. Intervenções com a Equipa da Unidade de Saúde Familiar Trevo

No que se refere à equipa da USF, decorrente do diagnóstico da situação e dos objetivos delineados, foi realizada formação para a equipa, no âmbito da temática - *Diabetes Mellitus Tipo 1 em idade pediátrica - Educação terapêutica*.

Na sessão de apresentação do projeto, estiveram presentes quinze profissionais e nas sessões de formação estiveram presentes doze profissionais, entre enfermeiros e médicos. As sessões versaram a componente teórica e prática da educação terapêutica na DM1, sendo o seu conteúdo estruturado com base no questionário inicial aplicado à equipa (Figura 7). Destacou-se a componente relativa aos sistemas de perfusão de insulina, na qual o grupo de participantes manifestou elevado interesse em adquirir conhecimentos, por corresponder à área onde identificaram maiores necessidades de formação e por se tratar de uma técnica de tratamento recente, com inúmeras particularidades e com crescente expressão na idade pediátrica. Foram colocadas e esclarecidas todas as dúvidas, relativamente às questões práticas inerentes ao processo de Educação terapêutica, no decorrer da sessão e no contexto diário de prática clínica.

Figura 7. Necessidades de Formação da Equipa da USF



Fonte: <https://forms.office.com>

Ainda, no sentido de contribuir para a capacitação da equipa da USF, foi desenvolvido um Guia Orientador para a consulta (Apêndice F), sustentado em evidência científica recente, no Manual de Formação para Apoio a Profissionais de Saúde e Educação, emitido pela Direção Geral da Saúde (2019), bem como nas necessidades identificadas previamente pelos profissionais da unidade.

O Guia prático para profissionais, intitulado “*Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo1 - Educação terapêutica*”, foi concebido com o propósito de sistematizar a informação fundamental e promover a uniformização de práticas, relativamente às principais vertentes do tratamento (Insulina, alimentação e exercício). Para além disso, reúne as principais orientações terapêuticas para a abordagem de complicações agudas (hipoglicemia e cetonemia), associadas à gestão da Diabetes Mellitus tipo 1.

Acresce que este instrumento visa apoiar a tomada de decisão clínica, favorecendo uma abordagem estruturada e fundamentada, reforçando a autonomia e a melhoria das práticas de cuidados no percurso assistencial destas famílias. Sendo particularmente relevante, uma vez que os enfermeiros devem basear a sua prática profissional em orientações recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes (OE, 2007).

3.5.7. Intervenções com a Equipa de Peritos

Com base nas entrevistas realizadas aos membros da equipa de peritos, no Despacho n.º 8297-C/2019, que define o enquadramento do apoio a crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na escola, bem como no referencial teórico que sustenta o presente relatório, foi elaborado o Fluxograma de Articulação que define o percurso assistencial da criança ou jovem com Diabetes Mellitus Tipo 1 (Figura 8). Assim, o respetivo fluxograma pretende mapear o percurso assistencial da criança ou jovem com DM1, garantindo que todos os profissionais atuem na mesma linha de orientação de cuidados, rentabilizando tempo e recursos e principalmente melhorando a prática assistencial a estas famílias.

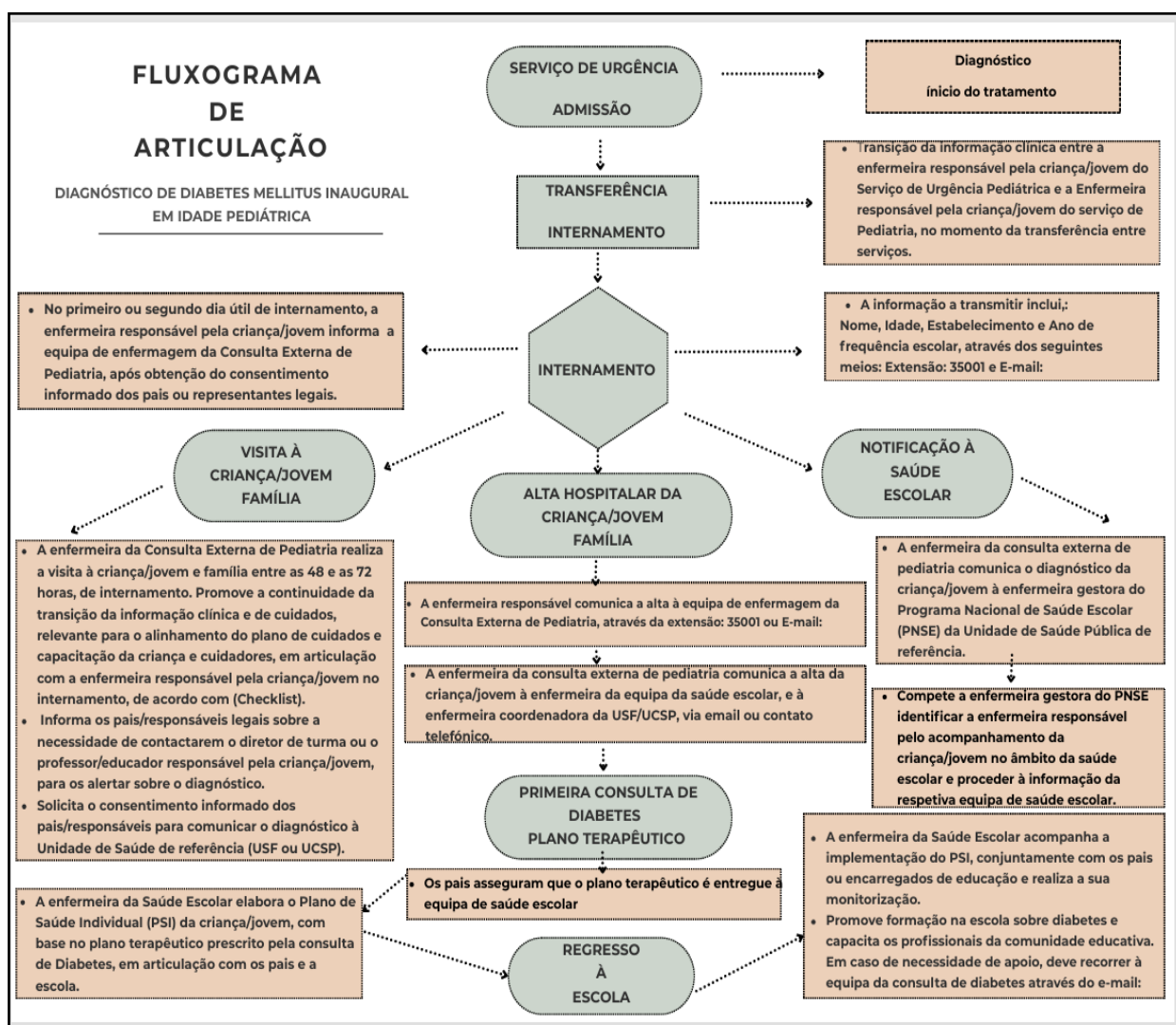
Esta representação esquemática do percurso da criança ou jovem com DM1, desde o diagnóstico inaugural, inicia-se no Serviço de Urgência Pediátrica, onde é estabelecido o diagnóstico, seguindo-se a transferência para o Serviço de Pediatria. Durante o período de internamento, destacam-se dois momentos-chave. O primeiro corresponde à intervenção de uma enfermeira da Consulta Externa junto da família, com o objetivo de estabelecer o contacto inicial, avaliar necessidades e colaborar no processo de educação terapêutica, em articulação com a equipa de internamento, a criança ou jovem e a sua família.

O segundo momento prende-se com a notificação à Saúde Escolar, a qual assume particular relevância ao permitir a articulação e mobilização dos recursos necessários para o regresso seguro e adequado da criança ou jovem ao contexto escolar.

Importa salientar que o fluxograma foi sujeito a análise individual, prévia à apresentação final, por cada membro da equipa de peritos, tendo desta revisão decorridas alterações que aprimoraram a sua aplicabilidade e coerência com a prática clínica.

Em síntese, este instrumento visa uniformizar procedimentos, clarificar responsabilidades e competências, garantir a continuidade de cuidados entre níveis assistenciais e promover uma comunicação eficaz entre equipas hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Escola, incluindo mecanismos de acompanhamento e monitorização da criança ou jovem com Diabetes Mellitus Tipo 1.

Figura 8. Fluxograma de Articulação - Diagnóstico de DM1 Inaugural



Fonte: <https://www.canva.com>

3.6. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES E ATIVIDADES

A avaliação constitui uma etapa estruturante do processo de enfermagem, assumindo particular relevância na apreciação crítica da eficácia das intervenções implementadas e da adequação do plano de cuidados às necessidades da pessoa, família ou comunidade.

Neste contexto, a avaliação permite analisar os resultados obtidos, sustentando a tomada de decisão clínica relativamente à manutenção, reformulação ou redefinição das intervenções, numa lógica de cuidados dinâmicos e centrados na pessoa (Petronilho & Machado, 2024).

Os autores consideram que o conceito de “*resultados em enfermagem*”, para que possa ser medido obriga à identificação de indicadores específicos que traduzam a qualidade das intervenções (Petronilho & Machado 2024, p. 308). A definição destes indicadores assume-se como condição essencial para tornar visível o contributo autónomo da enfermagem, permitindo avaliar de forma sistemática os efeitos dos cuidados prestados.

Deste modo, a fase de avaliação ultrapassa uma perspetiva meramente verificativa, configurando-se como um processo reflexivo, crítico e sistemático que contribui para o desenvolvimento do conhecimento disciplinar e científico da enfermagem, ao promover práticas sustentadas na evidência, na monitorização de resultados e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste enquadramento, apresenta-se seguidamente a avaliação das intervenções implementadas no contexto do projeto de intervenção.

3.6.1. Avaliação da Intervenção com as Famílias

Família Lopes

Da avaliação familiar da Família Lopes emergiram três focos, conforme descrito no plano de cuidados, centrados no *Sujeito Índice: coping* comprometido, alteração do padrão de sono e consumo de tabaco. Estes focos evidenciaram-se interrelacionados, sendo compreendidos à luz da dinâmica familiar e das exigências decorrentes do ciclo vital da família, particularmente associadas à gestão terapêutica da diabetes do filho, que implica vigilância contínua e elevada disponibilidade parental. A conjugação destas responsabilidades com a exigência profissional do *Sujeito Índice* revelou impacto significativo no equilíbrio emocional, na qualidade do sono e na adoção de estratégias de adaptação menos eficazes,

nomeadamente o consumo tabágico. De acordo com o MCAIF, verifica-se uma alteração no funcionamento instrumental, com repercussões no funcionamento expressivo.

Numa perspetiva sistémica, os diagnósticos identificados e a necessidade de intervenção foram igualmente reconhecidos pelo próprio sujeito, permitindo a construção partilhada do plano de cuidados e promovendo um processo terapêutico centrado na família, assente na colaboração, capacitação e tomada de decisão conjunta. Este reconhecimento favoreceu o envolvimento ativo no processo de cuidados e a redefinição conjunta de prioridades, reforçando a perceção de controlo sobre a situação vivenciada, com vista a um processo de negociação e decisão partilhada (Nunes, 2024a).

Face aos focos identificados, foram implementadas intervenções de enfermagem orientadas para o fortalecimento do *coping* familiar, promoção do autocuidado, melhoria do padrão de sono e incentivo à adoção de comportamentos promotores de saúde. As intervenções integraram educação para a saúde, ensino de técnicas de relaxamento e adaptação, facilitação da expressão emocional e mobilização dos recursos familiares, bem como articulação com recursos formais de saúde e da comunidade, assegurando a continuidade e integração dos cuidados.

Destaca-se o envolvimento do membro da família BM, cuja participação ativa na vigilância noturna da glicémia da criança constituiu um elemento facilitador da reorganização funcional familiar. Esta redistribuição de papéis contribuiu para a diminuição da sobrecarga do *Sujeito Índex*, promovendo maior equilíbrio no sistema familiar e favorecendo a proximidade relacional e o suporte intrafamiliar. Paralelamente, a articulação com o médico de família, concretizada através da realização de consulta, possibilitou resposta terapêutica ajustada às necessidades identificadas, reforçando a integração dos cuidados e aumentando a perceção de segurança e apoio por parte da família, encontrando-se igualmente a aguardar consulta de Psicologia, com vista ao reforço do suporte emocional e ao desenvolvimento de estratégias adaptativas mais eficazes.

A reaplicação da escala APGAR Familiar, ainda que não prevista no planeamento inicial, revelou-se pertinente. Observou-se uma modificação em dois itens, no item 4 e 5, com transição da categoria “Quase nunca”, para “Algumas vezes”, podendo indicar uma melhoria discreta na perceção da funcionalidade familiar, particularmente no domínio da expressão afetiva (Anexo I).

Relativamente à escala DFBS (Anexo J), replicada ao RM, observaram-se alterações relevantes em dois itens. No item 15, verificou-se a transição da resposta de “Sempre” para “Algumas vezes” relativamente à perceção de que os pais andam nervosos. Embora a

mudança seja pouco expressiva, poderá indiciar uma percepção ligeiramente mais positiva do comportamento parental. Verificou-se também, alteração na resposta do Item 10, de “Quase Nunca”, para “Algumas Vezes”, “*os meus pais lembram-me para fazer as pesquisas*”, o que pode evidenciar uma discreta transferência de responsabilização da gestão terapêutica da mãe para o filho.

De forma global, estas modificações poderão refletir uma tendência para maior estabilidade emocional do *Sujeito Índice*, ainda que tal deva ser interpretado com ponderação e articulado com outros dados da avaliação.

Assim, os resultados observados evidenciam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de família, traduzidos na melhoria das estratégias adaptativas, na reorganização das dinâmicas familiares e no fortalecimento dos recursos internos e externos da família para lidar com a situação de doença crónica. Salienta-se também a progressiva aproximação da Família aos cuidados da Unidade, evidenciada pelas consultas de enfermagem realizadas durante o período de Avaliação e Intervenção Familiar, pelas múltiplas interações estabelecidas com a enfermeira de família, pela presença nas consultas médicas e pelo consentimento para o agendamento de uma futura consulta de Psicologia.

Família Costa

Da avaliação familiar da família Costa emergiram dois focos principais centrados na adolescente MV, com doença crónica: autonomia e socialização. Estes focos mostraram-se interrelacionados, refletindo a influência mútua entre a gestão do tratamento, a necessidade de autocuidado e as oportunidades de interação social. A situação revelou impacto na participação da adolescente nas decisões relacionadas com o cuidado, na adesão ao regime terapêutico e na integração familiar e social, evidenciando limitações no ajustamento à doença e na utilização de estratégias adaptativas eficazes.

Importa salientar que a identificação dos diagnósticos e a necessidade de intervenção contou com a participação ativa da própria MV, assim como com o reconhecimento e colaboração da avó, permitindo construir um plano de cuidados centrado na adolescente e na família. Este processo de participação favoreceu a tomada de decisão partilhada e a definição conjunta de prioridades, promovendo o *empowerment* e responsabilização progressiva da adolescente no seu autocuidado.

As intervenções de enfermagem foram direcionadas para o fortalecimento da autonomia e promoção da socialização, incluindo avaliação da aceitação do estado de saúde, atitude face ao regime terapêutico, desempenho de papéis e expectativas, ensino de técnicas de adaptação, facilitação da expressão emocional e incentivo à participação em atividades sociais. O envolvimento da avó possibilitou a transferência gradual de responsabilidades do tratamento para a adolescente, contribuindo para o desenvolvimento de competências de autocuidado e maior confiança nas suas capacidades.

No momento avaliativo, observaram-se resultados positivos: a adolescente demonstrou iniciativa para inscrição em atividades de lazer (ginásio), evidenciando maior interesse na socialização e promoção do bem-estar, enquanto a avó assumiu papel de suporte facilitador da autonomia da MV. Paralelamente, foi efetuado encaminhamento para consulta de Psicologia, com vista ao reforço do suporte emocional e ao desenvolvimento de estratégias adaptativas mais eficazes.

A reaplicação da escala DFBS à MV evidenciou alterações relevantes no item 8, com transição da resposta de “Quase sempre” para “Algumas vezes” na afirmação “*Os meus pais fazem as coisas que eu poderia fazer sozinha*”, bem como relativamente à preparação da insulina e dos lanches. Estas modificações sugerem uma progressiva transferência de responsabilidades da avó para a MV, na gestão do tratamento, refletindo maior autonomia na autogestão terapêutica (Anexo K).

Verificou-se ainda uma evolução positiva no que concerne ao incentivo à prática de exercício físico, com alteração da resposta de “Quase nunca” para “Quase sempre”, o que poderá indicar uma maior valorização, por parte dos avós, das atividades extracurriculares enquanto estratégias promotoras de saúde e de socialização. Salienta-se a alteração relativamente à resposta no item 5, que transitou de “Quase nunca” peço conselhos aos meus pais, para “Algumas vezes”, assim como “Algumas vezes” sinto-me sozinho relativamente à diabetes, para “Quase nunca”. Esta modificação evidencia uma maior abertura da adolescente para comunicar com os familiares, refletindo um incremento no seu bem-estar emocional e na integração familiar.

Os resultados obtidos indicam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de família, traduzidos no aumento da autonomia funcional, maior envolvimento no autocuidado, melhoria da socialização, fortalecimento do suporte familiar e integração eficaz de recursos formais e informais no cuidado sistémico à adolescente. Evidencia-se, igualmente, um maior envolvimento da família nos cuidados prestados pela Unidade, resultado das consultas de enfermagem e do contacto com os diversos profissionais, no

contexto da Avaliação e Intervenção Familiar, bem como do acompanhamento realizado em Consulta de Psicologia.

3.6.2. Avaliação das Atividades Desenvolvidas com a Equipe da Unidade de Saúde Familiar Trevo

De acordo com a análise da informação recolhida pelo questionário apresentado aos participantes na sessão formativa dirigida à equipa, decorrente da apresentação do projeto, verifica-se que os quinze elementos presentes consideraram o projeto pertinente. Destes, catorze, consideram que o projeto poderá contribuir para a melhoria da articulação de cuidados, dez salientam a importância da capacitação dos profissionais, doze atribuíram a relevância do projeto pelos potenciais ganhos em saúde e onze consideraram que a aproximação das famílias com crianças ou jovens com diabetes aos cuidados da USF justificam a pertinência da sua implementação (Apêndice G).

Há ainda a destacar que em termos de sugestão de melhoria do projeto, os participantes responderam que a formação dos profissionais, a implementação de *benchmarking*, a interoperabilidade do sistema de saúde e a divulgação do projeto são ferramentas importantes para a sustentabilidade e consolidação do mesmo.

Para além da perceção dos participantes, a avaliação a curto prazo do projeto foi também realizada através da análise de indicadores previamente definidos, que permitem monitorizar o cumprimento das metas operacionais estabelecidas. Neste sentido, verifica-se que os resultados obtidos demonstram uma avaliação positiva, uma vez que as metas propostas foram atingidas ou superadas, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela1. Indicadores da Sessão de Apresentação do Projeto

Metas	Indicadores	Avaliação/Resultados
Realizar uma sessão para apresentação do projeto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Sessões planeadas}} \times 100$	Atingido com 100% de sessões realizadas
75% da equipa de enfermeiros e médicos participem na sessão de apresentação do projeto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ profissionais presentes}}{\text{N}^\circ \text{ Total de profissionais da equipa}} \times 100$	Superado com 90% de profissionais presentes

Fonte: Própria

Relativamente ao questionário de satisfação aplicado após a segunda sessão formativa, os doze participantes referiram que os objetivos da sessão foram pertinentes e claros, assim como o conteúdo que foi apresentado de forma clara e relevante para a prática assistencial na USF. Todos os participantes consideraram que os conhecimentos adquiridos contribuíram para a melhoria dos cuidados, destacando-se a temática dos Sistemas de Perfusão de Insulina, como o tema de maior interesse. Quanto à avaliação global da sessão, onze participantes classificaram-na em “Muito Boa” (nível 4), e um participante como “Boa” (nível 3), conforme apresentado no Apêndice G.

Paralelamente à avaliação da satisfação dos participantes, procedeu-se à monitorização dos indicadores definidos para as sessões de capacitação teórica e prática, de forma a avaliar o cumprimento das metas operacionais estabelecidas no projeto. Os resultados demonstram que as metas definidas foram atingidas, quer ao nível da realização das sessões planeadas, quer no que respeita à participação dos profissionais, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Indicadores da Sessão de Capacitação Teórica e Prática

Metas	Indicadores	Avaliação/Resultado
Realizar uma sessão de capacitação teórica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Sessões planeadas}} \times 100$	Atingido com 100% de sessões realizadas
75% da equipa de enfermeiros e médicos participem na sessão de capacitação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ profissionais presentes}}{\text{N}^\circ \text{ profissionais da equipa}} \times 100$	Atingido com 75% de profissionais presentes
Realizar uma sessão de capacitação prática	$\frac{\text{N}^\circ \text{ sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Sessões planeadas}} \times 100$	Atingido com 100% de sessões realizadas
75% da equipa de enfermeiros e médicos participem na sessão de capacitação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ profissionais presentes}}{\text{N}^\circ \text{ profissionais da equipa}} \times 100$	Atingido com 75% de profissionais presentes

Fonte: Própria

No que se refere aos indicadores de concretização do projeto, verificou-se o cumprimento das metas estabelecidas, nomeadamente no desenvolvimento de instrumentos de suporte à prática clínica. Destaca-se a elaboração de um Guia Orientador dirigido aos profissionais

(médicos e enfermeiros), intitulado *Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1- Educação terapêutica*, com o objetivo de apoiar a prestação de cuidados à criança e jovem com DM1 em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Este recurso pretende contribuir para a uniformização de práticas e para a melhoria dos cuidados no percurso assistencial destas famílias. De acordo, com a monitorização dos indicadores da Tabela 3, os resultados evidenciam que as metas foram atingidas, quer na concretização da elaboração do Guia, como na sua divulgação.

Tabela 3. Indicadores da Elaboração e Divulgação do Guia orientador

Metas	Indicadores	Avaliação/Resultados
Elaborar Guia orientador para os profissionais da USF	$\frac{\text{Nº Guia orientador realizados}}{\text{Nº Guia orientador planeados}} \times 100$	Atingido com 100% com a elaboração do guia
50% da equipa de enfermeiros e médicos conheçam o Guia	$\frac{\text{Nº profissionais a quem foi apresentado o Guia}}{\text{Nº Total de profissionais da equipa}} \times 100$	Superado com 55% de profissionais a quem foi apresentado o Guia

Fonte: Própria

3.6.3. Avaliação das Atividades Desenvolvidas com a Equipa de Peritos

A conceção do Fluxograma desenvolvido pretende dar resposta à melhoria do percurso assistencial das famílias com crianças ou jovens com DM1 e assenta nas orientações da Direção Geral da Saúde, do conhecimento resultante da prática profissional e das diferentes vivências das famílias participantes. Constitui um instrumento estratégico de fácil leitura e interpretação, proporcionando uma representação clara, estruturada e orientadora das etapas do circuito assistencial, desde o diagnóstico até à gestão diária do tratamento imposto pela doença.

Após a fase concetual da sua elaboração, o fluxograma foi apresentado à equipa de peritos, tendo sido auscultados todos os elementos relativamente à sua aplicabilidade, clareza e adequação ao circuito assistencial da *família com criança ou jovem com Diabetes Mellitus Tipo 1*.

Na sessão de apresentação estiveram presentes todos os elementos da equipa de peritos, conforme Tabela 4, sendo recolhidas sugestões de melhoria, que promoveram um processo de reflexão conjunta e validação do instrumento em contexto clínico.

Na sequência deste processo, foram efetuadas alterações ao Fluxograma decorrentes dos contributos dos profissionais envolvidos. Destaca-se, particularmente, a inclusão de uma *checklist* (Apêndice H), inicialmente não prevista, mas cuja necessidade foi identificada pelas duas enfermeiras do serviço de internamento e do serviço de consulta externa. Esta sugestão de melhoria emergiu da experiência prática dos profissionais, sendo reconhecida como um recurso facilitador para a sistematização dos cuidados, uniformização de procedimentos e promoção da continuidade assistencial entre níveis de cuidados. Adicionalmente, um elemento da equipa sugeriu que o procedimento referente à comunicação do diagnóstico à equipa de saúde escolar ficasse claramente definido, com o objetivo de evitar falhas de comunicação e garantir a articulação adequada entre os diferentes contextos de cuidado da criança ou jovem com DM1. Esta questão foi revista, tendo o circuito de informação sido clarificado, reforçando a segurança e consistência do percurso assistencial.

A integração destas alterações de melhoria, reforçou a aplicabilidade do fluxograma bem como a sua adequação às necessidades reais do circuito assistencial, contribuindo para a otimização da articulação entre equipas e para a segurança e melhoria dos cuidados.

Este processo configurou-se, assim, como uma etapa de validação de conteúdo baseada no consenso dos peritos, sustentada numa lógica de melhoria contínua da qualidade e de construção colaborativa de instrumentos orientadores da prática clínica.

Tabela 4. Indicadores da Elaboração e Apresentação do Fluxograma de Articulação

Metas	Indicadores	Avaliação/Resultados
Construção do Fluxograma de Articulação	$\frac{\text{Nº Fluxograma realizados}}{\text{Nº Fluxograma planeados}} \times 100$	Atingido com 100% com a elaboração do Fluxograma
Realizar uma sessão para apreciação e validação do Fluxograma	$\frac{\text{Nº sessões realizadas}}{\text{Nº sessões planeadas}} \times 100$	Atingido com 100% de sessões realizadas
75% dos elementos da equipa de peritos participem na sessão de apreciação e validação do fluxograma	$\frac{\text{Nº profissionais presentes}}{\text{Nº Total de profissionais da equipa de peritos}} \times 100$	Superado com 100% de profissionais que participaram

Fonte: Própria

3.6.4. Análise SWOT

Na fase final do estágio procedeu à avaliação global do projeto, recorrendo à realização de uma análise *SWOT* aos elementos da equipa, médicos e enfermeiros, com o objetivo de avaliar não apenas o cumprimento das metas operacionais, mas também identificar fatores que possam influenciar a implementação e a sustentabilidade do projeto no contexto organizacional, conforme ilustrado na Figura 9.

Dos 16 elementos previstos para participar nesta etapa de avaliação, responderam 14 profissionais da equipa (médicos e enfermeiros).

Figura 9. Análise SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
FATORES INTERNOS	FORÇAS - Melhoria da articulação, - Proximidade de cuidados, - Capacitação da equipa, - Segurança dos cuidados.	FRAQUEZAS - Falhas de comunicação - Limitação no tempo, - Recursos reduzidos, - Depende da motivação e disponibilidade da equipa
FATORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES - Maior literacia das famílias, - Integração de cuidados, - Monitorização da glicemia à distância - Replicação projeto	AMEAÇAS - Adesão das famílias, - Sobrecarga assistencial no CSP, - Rotatividade de profissionais, - Limitações nos Sistemas de Informação

<https://www.canva.com/templates>

A síntese dos contributos recolhidos através da análise *SWOT*, permitiu identificar diferentes fatores internos e externos com potencial impacto na implementação e sustentabilidade do projeto.

Destacam-se como principais forças a melhoria da articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares e a capacitação dos profissionais. As fraquezas relacionam-se sobretudo com limitações ao nível da experiência em tecnologias associadas à diabetes e constrangimentos organizacionais. Relativamente às oportunidades, evidencia-se o potencial de reforço da integração de cuidados e de desenvolvimento de estratégias de educação terapêutica, enquanto as ameaças se associam principalmente à sobrecarga assistencial e às limitações dos sistemas de informação.

Paralelamente aos resultados obtidos, importa salientar que o planeamento, a implementação e a avaliação do projeto, constituíram-se como um processo de aprendizagem significativo que permitiu a aquisição, mobilização e consolidação de inúmeras competências, de acordo com Le Boterf (1997), citado por Nunes (2024a, p. 91), “conhecimentos ou capacidades não bastam para um exercício competente - é na mobilização desses recursos, que reside a competência (...)”.

Neste sentido, apresenta de seguida a análise reflexiva do desenvolvimento de competências, adquiridas e aprofundadas ao longo dos estágios.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem, enquanto disciplina técnico-científica em constante evolução, exige uma procura permanente pelo desenvolvimento de competências diferenciadas, sendo capaz de dar resposta às crescentes complexidades presentes na prática dos cuidados de saúde (Marques et al., 2024), implicando a constante adaptação e recriação das intervenções de cuidar (Amendoeira, 2024).

Neste contexto, a competência é entendida como um processo em permanente construção, que agrega dimensões intra e interpessoais, em que os aspetos técnicos e relacionais se articulam e se potenciam mutuamente (Marques et al., 2024).

Os estágios realizados constituíram uma experiência enriquecedora, sustentada numa abordagem pedagógica orientada para o desenvolvimento de competências e promotora de uma aprendizagem autónoma, reflexiva e autoconstruída.

Ao longo deste percurso, a mestranda foi progressivamente desafiada a assumir um papel ativo e responsável, mobilizando o pensamento crítico e o raciocínio clínico na análise das situações clínicas e na tomada de decisões fundamentadas.

Neste enquadramento, entendendo o desenvolvimento de competências como um processo dinâmico, multidimensional e em permanente construção, a implementação de projetos de intervenção com as famílias assume-se como um eixo estruturante para o desenvolvimento académico e profissional. Conforme refere Figueiredo (2012), este é um pilar fundamental na mudança de paradigma que coloca a família e a saúde no centro dos cuidados, reforçando a necessidade do desenvolvimento do pensamento crítico e de práticas sustentadas na evidência científica.

4.1. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

No âmbito do desenvolvimento das Competências de Mestre, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 65/2018, nomeadamente no que se refere à aquisição de conhecimentos aprofundados, à responsabilidade pelo próprio processo de aprendizagem e ao desenvolvimento profissional contínuo, manteve um foco permanente na procura, análise crítica e integração da evidência científica na prática clínica.

Este percurso permitiu não apenas consolidar saberes especializados, mas também sustentar intervenções em processos de raciocínio clínico reflexivo, fundamentadas e centradas na família, em consonância com os objetivos dos estágios, bem como com os definidos no projeto de intervenção - *Famílias com Crianças ou Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar*.

Neste contexto, evidenciou a mobilização integrada de conhecimentos científicos, metodológicos e pedagógicos, traduzida na concepção e aplicação de instrumentos de recolha de informação, nomeadamente guiões de entrevista, modelo de consentimento informado e questionário para construção do diagnóstico da situação.

Esta competência refletiu a capacidade de analisar criticamente contextos complexos, identificar necessidades e estruturar respostas sustentadas em evidência científica, assumindo simultaneamente a responsabilidade de contribuir para a produção de conhecimento e para a qualificação das práticas da equipa, no contexto da implementação do projeto de intervenção.

Paralelamente, desenvolveu competências ao nível da liderança clínica e da capacitação de equipas, através da dinamização de momentos formativos dirigidos a enfermeiros e médicos. Em fases distintas, apresentou o projeto de intervenção à equipa e promoveu uma sessão de formação, com componente teórica e prática, de capacitação. Neste contexto, demonstrou capacidade de comunicação, com discurso claro e fundamentado, assumindo o papel de facilitador de conhecimento. Estas iniciativas proporcionaram oportunidades de aprendizagem profissional e de reflexão sobre a prática, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados, como evidenciado pelos questionários de satisfação aplicados no final de cada sessão.

No domínio da produção e sistematização do conhecimento, destaca-se ainda a construção do Guia Orientador (Apêndice F), do Fluxograma de Articulação (Figura 8) e da *Checklist* de Transição de Cuidados (Apêndice H), instrumentos estruturantes para a uniformização e qualificação das práticas, reforçando a autonomia profissional e a melhoria contínua dos cuidados prestados às famílias e crianças com DM1.

A divulgação do projeto em contexto de seminário (Anexo L), constituiu igualmente uma expressão da competência de comunicação científica e de partilha do conhecimento, contribuindo para a disseminação de boas práticas e para o fortalecimento da Enfermagem de Saúde Familiar enquanto área especializada.

Acresce a colaboração em contexto académico, nomeadamente na Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária da Licenciatura em Enfermagem (Anexo M), através da realização

de um Seminário subordinado ao tema “Cuidados aos Pés da Pessoa com Diabetes na Consulta de Enfermagem, nos Cuidados de Saúde Primários”, bem como colaborar no Seminário “Diabetes na Infância”, (Anexo N) integrado na unidade curricular de Saúde Infantil do Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Estas experiências evidenciam competências de natureza pedagógica, capacidade de transferência de conhecimento para diferentes níveis de formação e contributo ativo para a qualificação de futuros profissionais.

Destaca ainda a participação como oradora no *Open Day Luta contra a Obesidade*, com a apresentação do tema “A Obesidade em Idade Pediátrica” (Anexo O). Esta experiência permitiu consolidar conhecimentos científicos nesta área, reforçar competências de comunicação oral e de Educação para a Saúde, e integrar saber científico, prática clínica e promoção da literacia em saúde, evidenciando o papel ativo do enfermeiro na intervenção precoce junto das famílias.

Ainda, no âmbito do desenvolvimento de Competências de Mestre, destaca a apresentação da comunicação livre subordinada ao tema “Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1, nas I Jornadas Científicas Internacionais de Enfermagem do Piaget do Algarve, no dia 18 de março de 2026 (certificado por emitir). Esta participação representou um marco na sua trajetória académica e profissional, destacando-se pela oportunidade de demonstrar competências avançadas em comunicação científica, partilha de conhecimento com rigor científico e disseminação de boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar. O evento proporcionou uma formação de excelência, permitindo consolidar habilidades críticas para a implementação de cuidados centrados na família, refletir sobre o impacto do projeto na prática clínica e fortalecer a capacidade de influenciar mudanças positivas em contextos de Saúde Familiar. Esta experiência evidencia o seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade de cuidados e com a promoção de práticas baseadas em evidência.

Paralelamente, no decurso dos estágios, foi mantido um compromisso ativo com o desenvolvimento profissional contínuo, através da participação como formanda, em diversas formações no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, evidenciando responsabilidade pelo próprio processo de aprendizagem e atualização científica, dimensões estruturantes das Competências de Mestre.

Destacam-se, neste percurso formativo, como formanda a participação no Ciclo de Webinars, “*Futuro da Enfermagem na área da Saúde Familiar*”, no webinar “*Saúde Mental da Infância e Adolescência*”, na sessão de formação sobre *Pé Diabético*, no webinar “*Saúde*

Escolar: Construindo Futuros Saudáveis” (Anexo P), bem como no VI Congresso Internacional de Saúde Familiar, com particular enfoque nos workshops sobre cessação tabágica e controlo da doença crónica- desafios para a família (Anexo Q).

Salienta-se ainda a participação, como formanda, no evento “*Sustentabilidade em Saúde: Estratégias para a Gestão Integrada da Diabetes*”, promovido pelo Programa Nacional para a Diabetes da Direção Geral da Saúde, bem como na sessão “*Diabetes – Um nome para muitas doenças*”, realizada no Hospital da Luz (Anexo R). Acresce a conclusão do curso sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, promovido pela Ordem dos Enfermeiros, com a duração de 15 horas (Anexo S) e o Webinar da Ordem dos Enfermeiros “Hands On”, investigação Conhecer, Usar e Criar (certificado por emitir).

A frequência destas iniciativas formativas contribuiu de forma significativa para o aprofundamento de conhecimentos especializados nas áreas da Saúde Familiar, Saúde Infantil, gestão da doença crónica e qualidade em saúde, permitindo sustentar a prática clínica em evidência científica atualizada. Simultaneamente, reforçou competências de análise crítica, integração de saber multidisciplinar e capacidade de transferência do conhecimento para o contexto real da USF.

Estas experiências formativas revelaram-se fundamentais para a concretização dos objetivos definidos para os estágios e para o projeto de intervenção - *Famílias com Crianças ou Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar*-, ao potenciar uma intervenção mais fundamentada, integrada e alinhada com as Políticas Nacionais de Saúde e com os Padrões de Qualidade da OE.

Globalmente, as atividades desenvolvidas demonstram a consolidação das Competências de Mestre, traduzidas na autonomia intelectual, na integração do pensamento crítico, na capacidade de investigação aplicada, na liderança formativa e na promoção de práticas inovadoras e centradas na família.

4.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o regulamento nº 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), os enfermeiros especialistas partilham entre si um conjunto de competências especializadas que advém da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, no âmbito da formação, investigação e assessoria. Segundo o mesmo

regulamento, estão definidos quatro domínios das Competências Comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019).

No âmbito do domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, a mestrandagem demonstrou um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assente num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas de cuidados.

De acordo com Nunes (2024b p. 100), “(...) é exatamente porque as pessoas constituem o nosso objeto de atenção e cuidado que, desde logo, integramos o respeito pela dignidade e liberdade humanas”.

Deste modo, promoveu cuidados baseados no respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional, tendo presente o *Código Deontológico* e o respeito pelos princípios éticos, dos quais salienta o respeito pela dignidade humana, a salvaguarda da privacidade da família/utente, a confidencialidade da informação, respeito pela autonomia, crenças, valores e escolhas da família/indivíduo (OE, 2019).

Não obstante, estes princípios marcaram também a prática enquanto elemento da equipa multidisciplinar, sendo, neste sentido, transversais na abordagem conjunta às necessidades de cada utente e família, na medida em que, segundo Nunes (2024b, p. 107), “(...) em enfermagem, nenhuma decisão clínica pode prescindir da dimensão ética”.

Face ao exposto, importa ressaltar que obteve autorização para a aplicação da escala comportamental (DFBS) versão portuguesa de Almeida e Pereira (2011), da Escola de Psicologia, da Universidade do Minho.

Foi também acautelada a apresentação do projeto a todos os participantes, tendo sido assegurados em todas as fases do processo, os princípios éticos; confidencialidade e anonimato. Foi, também, obtido o consentimento informado, livre e esclarecido de todos os intervenientes, nomeadamente, dos profissionais de saúde e das famílias participantes (Apêndice E).

A recolha e o tratamento da informação foram realizados em conformidade com os princípios éticos. Para esse efeito, procedeu-se à codificação dos nomes e à proteção das fontes de informação, salvaguardando a privacidade e os direitos dos envolvidos, conforme preconizado por Fortin (2003) e Spínola e Figueiredo (2023).

Relativamente à **Melhoria contínua da qualidade** e **Gestão de cuidados** estão definidas três competências; garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e

colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Neste âmbito, procurou conhecer a organização e o funcionamento da instituição, complementando a pesquisa com a consulta do BI-CSP da USF (Missão, Visão, Carta de compromisso) envolvendo-se ativamente nas suas dinâmicas e priorizando a partilha e mobilização do conhecimento (Ministério da Saúde, 2025).

A apresentação do projeto de intervenção aos vários grupos de participantes, constituiu-se como uma estratégia dinamizadora do desenvolvimento organizacional, ao promover momentos de reflexão crítica, identificação de necessidades e envolvimento dos participantes na formulação do diagnóstico da situação, estabelecendo uma ponte entre os vários níveis assistenciais. A elaboração do Guia Prático de Educação Terapêutica para Profissionais – “*Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1*” constitui-se como um instrumento para uniformizar e apoiar a intervenção dos profissionais, promovendo práticas de educação terapêutica de qualidade e em segurança (Apêndice F).

No decorrer do estágio, teve oportunidade de realizar, como formanda, uma formação promovida pela OE, relativa aos Padrões de Qualidade. Nesse sentido, a sua prática de cuidados foi enriquecida, tendo procurado ter presente na mesma, os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE* (OE,2012), em todos os domínios e conceitos; a satisfação do cliente (a família enquanto unidade de cuidados e cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital); a promoção da saúde; a prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de Enfermagem.

Relativamente aos conceitos, Melo (2021 p. 14), considera que estes; “(...) pessoa, ambiente, saúde e cuidado de enfermagem - conferem forma ao sentido da enfermagem e do seu valor único e insubstituível.”

A este nível considera que foi importante refletir diariamente sobre as competências desenvolvidas, as atividades realizadas e determinar as áreas nas quais devia reforçar os seus conhecimentos, de forma a colmatar as dificuldades que foram surgindo.

Para garantir um cuidado terapêutico e seguro, baseou-se em Melo (2021), centrando-se em três tipos de processos; os intencionais, valorizando o conhecimento e as crenças da pessoa, os não intencionais, aqueles que a pessoa não controla, e os de interação com o ambiente, como o contexto, a condição económica, papéis familiares, indo assim ao encontro do MCAIF.

No domínio do desenvolvimento das **Aprendizagens profissionais**, o Enfermeiro Especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua *praxis* clínica

especializada em evidência científica (OE, 2019). Para responder a este domínio, alicerçou a sua prática de cuidados nos conteúdos das UCs, na literatura recente e na formação contínua.

Procurou também estabelecer relações assertivas com a equipa multidisciplinar, envolvendo-se e estando presente na partilha de conhecimentos, mantendo uma postura assertiva e recetiva. A partilha de conhecimentos aconteceu em múltiplas circunstâncias, envolvendo tanto a equipa de enfermagem, como os restantes elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente nos momentos formativos que proporcionou à equipa, assumindo o papel de facilitador do conhecimento, como mencionado anteriormente.

As competências desenvolvidas no âmbito da gestão de cuidados foram facilitadas pela integração no contexto prático e envolvimento no mesmo. Foi essencial a aplicação prática dos conteúdos das UCs, em concreto, os conceitos de direito de proteção à saúde e acessibilidade, organização do SNS e das diferentes unidades funcionais, particularmente das USF, dotações seguras e os vários níveis de gestão dos cuidados de enfermagem. Destaca a gestão do tempo e o facto de estar inserida num contexto prático distinto do seu contexto profissional atual e as suas especificidades. Considera que foi uma situação que inicialmente a preocupou mas que se esbateu no decurso dos estágios, com o conhecimento mais completo de cada família, e também pelo facto de existir um planeamento prévio das entrevistas, o que permitiu uma relação terapêutica de continuidade de cuidados, com melhor gestão do tempo.

Ainda neste domínio, colaborou com a enfermeira supervisora, participando em atividades de gestão e de organização dos vários recursos da USF, bem como na gestão do material clínico, o que possibilitou a compreensão do circuito de fornecimento, organização e acondicionamento.

Desta forma, as unidades curriculares e os dois períodos de estágio permitiram desenvolver e consolidar Competências Comuns de Especialista, reforçar a capacidade de desenvolver cuidados seguros e éticos, promover a qualidade e a melhoria das práticas e da gestão de cuidados e culminar no desenvolvimento efetivo de aprendizagens profissionais.

4.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

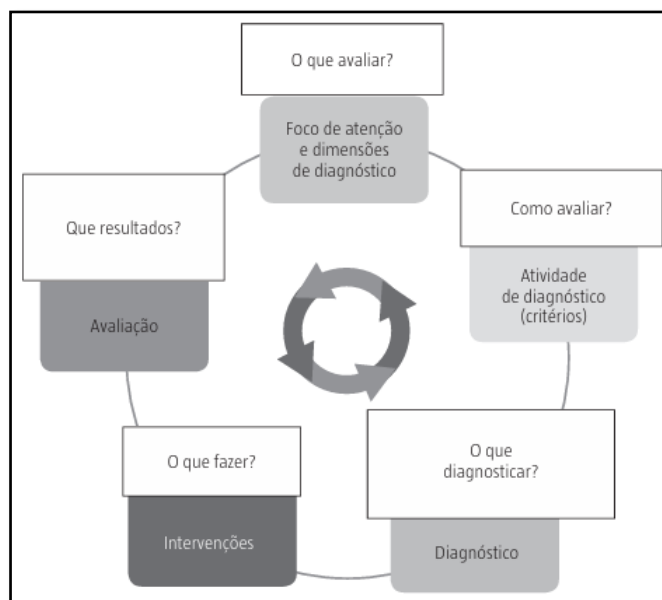
Uma das competências inerentes à Enfermagem de Saúde Familiar, define que o enfermeiro cuida da família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação,

focando-se na família como um todo e em cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e suas transições (OE, 2018). Neste sentido, a prática clínica exigiu a transferência dos conhecimentos teóricos adquiridos nas UCs, assim como uma procura sistemática de evidência científica, tal como refere Le Boterf (1997, citado por Nunes, 2024a, p. 91)

“a sincronia entre liberdade de atuação, poder de decisão e conhecimento adquirido e exercido impacta diretamente na atividade profissional, sendo que conhecimentos ou capacidades, por si só, não bastam para um desempenho competente - é na mobilização desses recursos que reside a competência, pois esta é da ordem do saber-mobilizar”.

Em Saúde Familiar é fundamental que o enfermeiro especialista mobilize e articule conhecimento, desenvolvendo competências de raciocínio clínico no domínio da prestação e gestão de cuidados à família, ao longo do seu ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Esta relação terapêutica entre a família e o enfermeiro de família, deve obedecer a um plano previamente estruturado. Como evidencia Melo (2021), através das consultas é possível aplicar o processo de enfermagem, identificando diagnósticos e estabelecendo intervenções individualizadas e efetivas, no sentido de promover ganhos em saúde. Neste sentido, as consultas devem obedecer a um processo mental de decisão clínica bem estruturado, para que resulte efetivamente numa interação terapêutica, como ilustra a Figura

Figura 10. Processo de Decisão Clínica em Enfermagem



Fonte: Melo (2021, p.16)

A integração do MCAIF através da avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional, com recurso aos instrumentos de avaliação familiar, desencadeia no processo de decisão

clínica em enfermagem, apresentado por Melo (2021), uma abordagem estruturada e efetiva de avaliação e intervenção.

O conhecimento aprofundado sobre a família, as suas transições e os fatores que condicionam a trajetória de vida condicionantes às transições, permite uma definição mais precisa dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, antecipando desafios e facilitando o processo de mudança familiar.

Compreender as características das transições é fundamental, uma vez que é durante estes períodos que as famílias enfrentam maiores dificuldades em manter o Autocuidado (Guimarães & Silva, 2016). Este processo evidenciou a importância de promover a capacitação e o empoderamento, tanto do utente, como da família, reconhecendo a valorização do autocuidado como estratégia central na gestão da doença e na promoção do bem-estar familiar.

Neste processo de avaliação dos focos de atenção é essencial que o Enfermeiro de Família, recorra aos instrumentos de avaliação familiar, na medida em que estes facilitam e enriquecem o processo terapêutico de intervenção. Os modelos e teorias de enfermagem constituem, igualmente, um recurso fundamental neste processo de avaliação e intervenção familiar.

Durante a prática clínica, a mestranda, além do MCAIF, recorreu também ao Modelo de Autocuidado de Orem, complementando a intervenção em momentos específicos com abordagens baseadas em Gottlieb (2016). Esta estratégia permitiu identificar e valorizar as forças da família, promovendo relações mais profundas e uma presença efetiva nas interações terapêuticas, contribuindo para intervenções mais centradas e eficazes (Gottlieb, 2016).

Esta valorização das forças familiares articula-se diretamente com os diferentes níveis de abordagem da Enfermagem de Família, conforme Figueiredo (2009), que reconhece a família como contexto ou como cliente, permitindo que a intervenção seja planeada de acordo com o sistema familiar, os subsistemas ou a soma dos membros, valorizando cuidados centrados na família e nas suas interações.

Neste processo de intervenção em contexto de prática clínica, sentiu inicialmente alguma dificuldade em estruturar as consultas de enfermagem, de forma a recolher a informação relevante sobre a família e simultaneamente corresponder às suas expectativas sobre a consulta, gerindo o tempo de forma eficaz. Contudo, os sistemas de informação e registo constituem uma ferramenta importante na operacionalização e no registo da informação. Inicialmente confrontou-se com alguma dificuldade na utilização da plataforma SClínico®,

devido às diferenças na organização nos Cuidados de Saúde Primários, em relação ao seu contexto profissional. No entanto, com o decurso do estágio conseguiu superar as dificuldades, utilizando a plataforma SClínico® para documentar o processo de enfermagem da família, incluindo parâmetros de avaliação familiar, definição de focos de diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções para resolução dos problemas identificados. Em algumas situações, confrontou-se com desafios na organização da informação/avaliações realizadas, na medida em que a estrutura da plataforma nem sempre se alinhava com a sua conceitualização mental dos cuidados. Este foi um aspeto melhorado à medida que se familiarizava com o SClínico®.

Neste sentido, Bastos et al. (2022) referem que o sistema de informação de enfermagem (SIE) SClínico® recorre à terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a investigação produzida em torno dos SIE têm “(...) permitido o desenvolvimento de terminologias necessárias à documentação e partilha de informação sobre a prática de enfermagem” (Bastos et al., 2022, p. 82). Ainda assim, acrescentam que a parametrização do SIE Português “(...) não traduz a importância que, nas práticas discursivas dos enfermeiros, se atribui à família e aos modelos teóricos que suportam a Enfermagem de Família. Reflexo desta realidade é a pouca visibilidade do cliente família (coletivamente)” (Silva et al., 2014 citados por Bastos et al., 2022, p. 91). À luz da análise reflexiva do desenvolvimento de competências, a mestranda considera que o contacto com os sistemas de informação e registo dos CSP permitiu desenvolver uma prática de cuidados sistematizada e estruturada, com base em teorias e modelos de enfermagem, nomeadamente no MCAIF.

A prática clínica permitiu-lhe também, ir além da USF, ou seja, desenvolver competências no sentido de conhecer e compreender o crescimento e desenvolvimento da família, ao longo do seu ciclo vital, em todos os *settings* onde vivem (desde o domicílio, às instituições comunitárias, como as estruturas residenciais para idosos), com todas as especificidades inerentes aos diversos contextos, os quais diferem muito das características dos ambientes de cuidados controlados (USF, Hospital).

No que concerne à segunda grande competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar - Lidera e Colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar; no decorrer do estágio desenvolveu competências de raciocínio clínico na prestação e organização dos cuidados, com diferentes famílias e aos diferentes níveis de prevenção.

Neste sentido, com o objetivo de apoiar o indivíduo e a família na adaptação às experiências de doença, é possível considerar três níveis de intervenção de enfermagem, de acordo com o *Family Health Nursing Model* (s.d.), citado por Figueiredo (2009, p. 169).

“(...) prevenção primária, direcionada essencialmente para a promoção da saúde familiar; prevenção secundária, que visa a promoção do conhecimento da família no sentido de minimizar o impacto dos fatores de *stress* no funcionamento familiar; a prevenção terciária direcionada para a reabilitação das forças da família e a intervenção em crises, centrada na resolução de problemas e reabilitação”.

Nas intervenções direcionadas para a prevenção primária, focou-se na atualização de conhecimentos na área dos cuidados antecipatórios, formulação de diagnósticos e promoção da saúde. Destaca a consulta de enfermagem na área da Saúde Infantil e Juvenil, incluindo o puerpério, na qual a atenção relativamente aos cuidados antecipatórios é basilar no processo de cuidados, intervindo de forma eficiente e eficaz na unidade familiar, como um todo. Os elementos da família que assumem as funções parentais, segundo Melo (2021, p. 81) “(...)”, confrontam-se com um caminho de incertezas, com domínios de cuidados parentais desconhecidos, crenças que confrontam o dia a dia, dificuldades na execução instrumental de algumas tarefas, assim como potenciais dificuldades na adesão (...)”.

A prevenção primária abrange ainda a vacinação, sendo que, neste contexto, houve a possibilidade de intervir nas diferentes fases do ciclo vital. É importante salientar que as crianças ou jovens com DM1, mantêm a vacinação sazonal, nomeadamente a vacina contra o Vírus Influenza (Vacina da Gripe). De acordo com Figueiredo (2021, p.12);

“No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, a vacinação é uma atividade assistencial integrada nas diferentes consultas de enfermagem ao longo do ciclo de vida. Os enfermeiros especialistas diagnosticam em permanência o regime de imunização, avaliando os conhecimentos, as crenças e a adesão ao programa nacional de vacinação; de acordo com os seus diagnósticos (...)”.

Na prática clínica, preocupou-se em verificar, em cada família, o foco de adesão à vacinação, promovendo a literacia em saúde relativamente à importância da imunização. Neste sentido, a vacinação é também entendida como uma oportunidade privilegiada de intervenção de enfermagem, na promoção da saúde e prevenção da doença, indo ao encontro do que refere Melo (2021, p. 43), ao salientar que “(...) os enfermeiros não devem perder nenhuma oportunidade para vacinar (...)”.

Ao nível da prevenção secundária, a intervenção visa identificar precocemente alterações de saúde, englobando a execução de rastreios específicos, nomeadamente o rastreio do

cancro do colo do útero, realizado nas consultas de Planeamento Familiar, no qual teve a possibilidade de participar, bem como a consulta de Saúde Materna.

Este tipo de intervenção exige também o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado das diferentes fases do ciclo vital da família. A compreensão pormenorizada das relações, dos vínculos afetivos e das responsabilidades que se tecem em cada uma destas fases proporciona uma visão prospetiva, que, por seu turno, permitirá ao enfermeiro antever fontes de *stress* resultantes das transições normativas.

Deste modo, é possível implementar estratégias de intervenção que ajudem a mitigar o seu impacto nas dinâmicas familiares. Como enfatiza Hanson (2005), essa compreensão confere ao enfermeiro uma posição privilegiada na avaliação das reorganizações exigidas às famílias, na sequência do crescimento e do desenvolvimento dos seus membros. Tornou-se evidente o papel relevante do Enfermeiro de Família na capacitação das mesmas, para uma tomada de decisão autónoma, esclarecida e consciente, contribuindo, dessa forma, para a promoção do seu bem-estar.

Ao nível da prevenção terciária que visa a reabilitação, reintegração precoce e potenciação da capacidade funcional, foi possível intervir nas consultas de enfermagem para vigilância de doenças crónicas, nomeadamente de hipertensão arterial e de diabetes.

Neste prisma, a intervenção junto das famílias mostrou-se particularmente pertinente, nomeadamente na vertente da literacia em saúde, com o desígnio de as empoderar para uma tomada de decisão esclarecida e consonante com o seu contexto de saúde, tanto individual como familiar. Este processo contribuiu para o reforço da autonomia e da capacidade de autocuidado das famílias na gestão da sua saúde e da doença, traduzindo-se em potenciais ganhos em saúde. De acordo com Mestre et al., (2024), o desenvolvimento do autocuidado constitui também um importante indicador de resultado em saúde, refletindo a capacidade das pessoas para assumirem um papel ativo na gestão da sua condição e na utilização adequada dos serviços de saúde.

Segundo Melo (2021), o foco de intervenção na doença crónica deve ser a gestão do regime terapêutico, com a avaliação global da família, pessoa, contexto e ambiente.

A saúde do idoso com as comorbilidades associadas constitui uma área particular da saúde familiar, devido às complexas alterações que o envelhecimento acarreta para a dinâmica familiar e a existência de poucos recursos de apoio da comunidade.

De acordo com Melo (2021) o Enfermeiro de Família é uma referência e o gestor de saúde, dando resposta, articulando com as famílias ou encaminhando para outros serviços, nomeadamente as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

No domínio da intervenção familiar com uma pessoa idosa foi possível avaliar as dificuldades inerentes ao processo de capacitação e integração do cuidador, bem como identificar respostas de apoio que permitam preservar a qualidade e a dignidade da vida humana.

Este contexto de cuidados constituiu, simultaneamente, um importante cenário de aprendizagem, exigindo a saída da sua zona de conforto e a mobilização integrada de conhecimentos teóricos, competências clínicas e capacidade de reflexão crítica, o que implicou maior investimento ao nível da pesquisa científica, com vista a fundamentar as intervenções clínicas e a sustentar uma tomada de decisão informada, ajustada às necessidades específicas da unidade familiar.

Ao refletir sobre a prática, torna-se evidente que o Enfermeiro de Família deve possuir um conhecimento abrangente e integrado, mobilizando saberes provenientes de diferentes áreas da enfermagem, de forma a responder às necessidades complexas e dinâmicas da unidade familiar, enquanto um sistema vivo, aberto e dinâmico.

Em síntese, a Saúde Familiar assume-se como um campo transversal, no qual convergem diversas áreas do conhecimento em enfermagem, exigindo do profissional uma visão holística, capacidade de adaptação e competências técnico-científicas, relacionais e éticas que sustentem uma intervenção eficaz e centrada na família.

CONCLUSÃO

O presente documento evidencia o percurso de desenvolvimento de Competências de Mestre, Competências Comuns de Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, incluindo o Projeto de Intervenção, *Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar*.

O processo integrado de desenvolvimento de competências teve início na componente teórica do Tronco Comum, destacando-se as Unidades Curriculares de Ética e Deontologia, Investigação e Formação em Enfermagem. Paralelamente, as Unidades Curriculares da área de Especialidade aprofundaram a abordagem à família enquanto unidade de cuidados, ao longo do seu ciclo de vida, integrando a aplicação de modelos e instrumentos de avaliação familiar, estratégias de comunicação, bem como os Programas de Saúde do Sistema Nacional de Saúde, constituindo uma base estruturante para o desenvolvimento das duas grandes competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018).

Este processo permitiu articular teoria e prática de forma integrada e significativa, através da mobilização de conhecimentos e do desenvolvimento do saber agir e do saber transferir perante as exigências dos diferentes contextos de ação (Le Boterf, 1997, citado por Nunes, 2024a, p. 91).

Neste contexto de cuidados, a Família constitui o Foco de intervenção. Porém, o estudo da unidade familiar é algo desafiante e muito complexo, na medida em que cada sistema familiar apresenta particularidades específicas e formas singulares de adaptação às diferentes situações de saúde e doença.

Assim, a mestranda considera que não é possível replicar as intervenções de uma família para outra e que não há práticas padronizadas de intervenção familiar, o que vai ao encontro da opinião de Relvas (2004), que considera a família como “(...) uma rede complexa de relações e emoções (...)”.

Perante esta complexidade e singularidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar assume um lugar de destaque na equipa de cuidados (OE, 2018). Através da mobilização de modelos e teorias de enfermagem, que constituem instrumentos fundamentais de intervenção e avaliação familiar, em particular o MCAIF, o enfermeiro desenvolve um conhecimento aprofundado de cada família, promove cuidados autónomos e antecipatórios e garante intervenções ajustadas às necessidades de cada sistema familiar, sustentadas em

evidência científica. Este processo favorece também o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico na avaliação e intervenção familiar.

Ao longo do percurso de prática clínica, as visitas domiciliares revelaram-se um recurso importante, ao possibilitar uma avaliação holística e autêntica das condições físicas, sociais e emocionais que influenciam o processo de saúde-doença, permitindo identificar aspetos que frequentemente permanecem ocultos em ambiente clínico.

Neste sentido, através da prática supervisionada, compreendeu, de forma mais integrada e contextualizada, o papel central do Enfermeiro de Família na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, particularmente, em momentos de transição.

Destaca que o conhecimento acerca do Ciclo Vital de Relvas (2004), foi fundamental no estudo e intervenção familiar, na medida em que esta abordagem assenta na avaliação das tarefas de desenvolvimento decorrentes de cada etapa do ciclo vital, verificando-se uma grande influência dos papéis parentais nas dinâmicas familiares.

Da mesma forma, perante a presença de uma doença crónica num dos elementos da família, em particular de um filho, o princípio da *Globalidade* dos sistemas familiares aplica-se na íntegra, uma vez que a condição de saúde de um dos seus membros repercute-se inevitavelmente nos restantes, influenciando a dinâmica familiar em diferentes dimensões (Machado et al., 2023).

A mestranda considera, ainda, que a abordagem e intervenção familiar em situações de transição não normativa podem representar um desafio acrescido para o Enfermeiro de Família, devido ao carácter imprevisível destas situações, que limita a preparação antecipatória da família. Esta realidade torna-se particularmente evidente nas famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1, cuja adaptação à doença implica reorganizações significativas nas rotinas, nos papéis familiares e na gestão diária do tratamento.

Assim, com o desenvolvimento do seu projeto de intervenção, constatou que, nas duas famílias, os cuidados da Unidade de Saúde Familiar assumiram um papel essencial, sobretudo no apoio à promoção da saúde familiar, mais do que na capacitação parental, tendo igualmente validado a existência de fragilidades no seu percurso assistencial. Através das entrevistas realizadas, foi possível compreender que as próprias famílias identificam diversas barreiras neste circuito de transição de cuidados.

Paralelamente, os profissionais da USF e os elementos da equipa de Peritos reconhecem, igualmente, a necessidade de melhorar a transição e articulação de cuidados no percurso assistencial destas famílias.

Há vários anos que a literatura evidencia a necessidade de uma maior articulação de cuidados entre os níveis assistenciais. No entanto, em 2025, ainda se observa distanciamento e fragmentação entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, inclusive em termos de comunicação e dos Sistemas de Informação.

A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) surge, neste contexto, como uma estratégia organizacional orientada para a prestação de cuidados centrados na pessoa ao longo do ciclo vital, promovendo uma maior coordenação entre níveis assistenciais e contribuindo para a melhoria da eficiência do sistema de saúde (Correia et al., 2025).

Todavia, a mestranda considera que a integração administrativa entre hospitais e centros de saúde não garante, por si só, uma verdadeira integração de cuidados. Apesar de reconhecer que este é um processo complexo e gradual, considera que o reforço da melhoria nos percursos assistenciais constitui um caminho essencial para a sustentabilidade do SNS.

O projeto de intervenção “*Famílias com crianças ou jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1: Elos no Cuidar*” representa uma pequena, mas significativa, contribuição para a melhoria do percurso assistencial destas famílias. Os objetivos delineados foram atingidos, tendo sido realizadas todas as intervenções planeadas. Destaca a concretização do fluxograma como um instrumento fundamental na melhoria do percurso assistencial destas famílias.

A avaliação revelou que mesmo discretas mudanças na prática assistencial, com potencial de replicação noutros contextos, podem fomentar melhorias progressivas na articulação entre os diferentes elos de cuidados, contribuindo para transformações significativas na promoção do bem-estar familiar.

À luz das sugestões de melhoria identificadas pelos profissionais da unidade, considera que a adoção de práticas de benchmarking poderá assumir-se como uma estratégia pertinente para a melhoria e expansão do projeto, a par do reforço de iniciativas orientadas para o desenvolvimento da interoperabilidade dos sistemas.

Em termos Futuros, perspetiva ampliar o Projeto no âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade na instituição onde exerce funções, dado que o considera como uma mais-valia na melhoria da articulação de cuidados, no percurso assistencial destas famílias.

Salienta ainda que a divulgação e apresentação do projeto em contexto de Seminário (Anexo L) e do Evento Científico I Jornadas Científicas Internacionais de Enfermagem do Piaget do Algarve (certificado por emitir) constituíram um marco relevante no culminar deste percurso académico, permitindo a partilha de conhecimento, a reflexão crítica sobre a prática e o contributo para a valorização da Enfermagem de Saúde Familiar no contexto da integração de cuidados. Anseia também, por continuar a partilhar em contexto científico o conhecimento

gerado pelo presente trabalho, garantindo a salvaguarda dos princípios éticos e deontológicos.

Face ao percurso de desenvolvimento de competências, destaca, particularmente, o significativo progresso nas competências de Mestre, decorrente da aquisição de diversas ferramentas essenciais para a investigação e para a prática baseada na evidência. Paralelamente, evidencia o desenvolvimento das competências específicas em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que permitem a avaliação e intervenção familiar, com base em modelos e teorias de enfermagem, com especial destaque para o MCAIF e os instrumentos de avaliação familiar.

Chegada ao término deste relatório, e em resposta à questão inicialmente colocada, - *Afinal, o que é a família?* - conclui-se que a família não se encerra numa definição única ou estática. Mais do que uma estrutura, a família é um espaço de interação, de cuidado e de desenvolvimento, cuja singularidade exige um Olhar Holístico, Sistémico e Integrativo do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akre, C. & Suris, J. C. (2014). From controlling to letting go: What are the psychosocial needs of parents of adolescents with a chronic illness? *Health Education Research*, 29(5), 764-772. <https://doi.org/10.1093/her/cyu040>

Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistemática*. Quarteto Editora.

Almeida, C. & Santana, R. (2024). Acompanhamento do Modelo de Implementação, Desenvolvimento e monitorização das ULS - Fundamentos e experiências de integração de cuidados. Escola Nacional de Saúde Pública.

https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf

Almeida, P. & Pereira, M. G. (2011). Escala Comportamental de Suporte Social Familiar para Adolescentes com Diabetes (DFBS). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 12(1), 55-75. file:///C:/Users/anacr/Downloads/Escala_comportamental_de_suporte_social_familiar_p.pdf

Amendoeira, J. (2024). O desenvolvimento da enfermagem como disciplina científica. In R. Marques, M. Néné, C. Sequeira. (Coords). *Enfermagem Avançada*, (pp. 21-26). LIDEL.

American Psychological Association [APA]. *Manual de publicação da APA* (7.^a edição). Porto Editora.

Araújo, J. (2002). *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Quarteto.

Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1.^a série.

https://pgdliisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1

Associação Americana de Diabetes [ADA]. (2020). Crianças e adolescentes, Padrões de cuidados médicos na diabetes–Cuidados com a diabetes, 43(1),163-182. <https://doi.org/10.2337/dc20-S013>

Augusto, C. (2023). Dos processos de transição à resiliência familiar. *In* M. Figueiredo *Enfermagem de saúde familiar*. (pp. 339–342). LIDEL.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspetiva Desenvolvimentista. Manuais Universitários*. (2ª Edição). Climepsi Editores.

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P. & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), pp. 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Brehaut, J., Kohen, D., Garner, R., Miller, A., Lach, L., Klassen, A., & Rosenbaum, P. (2009). Health among caregivers of children with health problems: Findings from a Canadian population-based study. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1254–1262. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.129817>

Carvalho, V. (2016). *Continuidade dos Cuidados de saúde a crianças e jovens com Diabetes – Articulação interinstitucional* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Universidade de Évora. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18617/1/Vania_Carvalho_Relatorio_Final_MP_EC_2016.pdf

Ceran, A., Muteber Keser, G., Bektas, M., Unusan, N., & Eklioglu, S. (2024). The Impact of Dietary Habits on Sleep Deprivation and Glucose Control in School-Aged Children with Type 1 Diabetes: A Cross Sectional Study. <https://doi.org/10.3390/children11070779>

Charepe, Z. (2024). Modelos e teorias de Enfermagem do século XXI. *In* R. Marques, M. Néné, C, Sequeira (Coords). *Enfermagem Avançada*. (pp. 69-76). LIDEL

Colesante, M. Gomes, I. Morais, J. & Collet, N. (2015). Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica. *Revista Enfermagem*, 23(4), 501–506. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.4966>

Comunidade Intermunicipal [REDACTED] [REDACTED]. [https://plataformacriativa-ac.pt/estruturas/\[REDACTED\]comunidade-intermunicipal/](https://plataformacriativa-ac.pt/estruturas/[REDACTED]comunidade-intermunicipal/)

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE/ICNP: Versão Beta 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H. & Teixeira, R. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Um Estudo de Caso, *Egitania Scientia*, (28), 187- 203.

Correia, G., Pereira, A., Bulhões, C., Outeirinho, C., Prazeres, F., Rosendo, I., Antunes, J., Monteiro, L., Jacinto, N., Broeiro-Gonçalves, P., Santos, P., Simões, P., Resendes Martins, R., Correia, R., Maricoto, T. & Santiago, L. M. (2025). Academic Primary Care Units: From Dream to Reality. *Acta Médica Portuguesa*, 39(1), 1-7. <https://doi.org/10.20344/amp.23593>

Dias, A. & Queirós, A. (2010). Integração e continuidade dos cuidados. *Análise Especializada*. Plano Nacional de Saúde. <https://livrozilla.com/doc/947281/integra%C3%A7%C3%A3o-e-continuidade-de-cuidados>

Dias, M. O. (2001). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19(19), 139–156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019). *Programa Nacional para a Diabetes, Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo1, Manual de Formação para apoio aos profissionais de saúde e de Educação*. [Crianças-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-Manual-de-formação-para-apoio-aos-profissionais-de-saúde-e-de-educação.pdf](#)

Entidade Reguladora da Saúde [ERS]. (2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. <https://pt.scribd.com/document/474821515/Manual-de-Formacao-para-Apoio-aos-Profissionais-de-Saude-e-de-Educacao>

Entidade Reguladora da Saúde [ERS]. (2011). *Estudo de avaliação e desempenho das unidades locais de saúde*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf

Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP] (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. Porto. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/3dab0df7-f5cc-4b8d-aa62-7eb9171089d2>

Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J. A., Rodrigues, M., Moreira, F. & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: Uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (9), 105–115.

Federação Internacional de Diabetes [IFD]. (2021). *Atlas de diabetes da IDF*. 10ª edição.

Fernandes, C. S. N. N. (2014). *A família como foco dos cuidados de enfermagem - Aprendendo com o "Family Game"*. Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33839

Figueiredo, M. H. (2023). Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 37). LIDEL.

Figueiredo, M. H. J. S. (2021). O sucesso da vacinação e o enfermeiro de família. *Enfermagem num Ano de Desafios. Jornal Enfermeiro*, (5), 12. https://www.jornalenfermeiro.pt/ebooks/anuario2021/page_12.html

Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto de cuidar*. (Tese de doutoramento em ciências de enfermagem). Instituto de ciências Abel Salazar da Universidade do Porto.

Figueiredo, M. H. & Fonseca, I. (2023). Conceito de cuidados de enfermagem à família. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp.140–143). LIDEL.

Figueiredo, M. H., Monteiro, M. J. P. & Subtil, C. (2023). A enfermagem de saúde familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 42–64). LIDEL.

Figueiredo, M. H., Rego, R. & Dantas, M., J. (2023). Family Adaptability and cohesion Evaluation Scale - FACES. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 359–360). LIDEL.

Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023). Escala de Graffar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 353–356). LIDEL.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização*. 3ª Edição. Lusociência.

Frias, A., Moreira, J., Caldeira, E., Nogueira, M. J. & Mendonça, S. (2023). Normas de elaboração de trabalhos escritos. (1ª Versão). Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. <http://hdl.handle.net/10174/38340>

Gaspar, T., Tomé, G., Gaspar, S., Guedes, F., Cerqueira, A. & Matos, M. G. (2019). Como passam os adolescentes que vivem com doença crónica na escola, na família e com os amigos? *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 10(1), 119-128. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2635>

Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem baseado nas Forças*. Lusodidacta.

Grazina, F. (2009). Guião da Entrevista. Universidade Aberta. [file:///C:/Users/anacr/Downloads/content%20\(67\).pdf](file:///C:/Users/anacr/Downloads/content%20(67).pdf)

Guimarães, M. S. & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Journal de Dados*. 10(1), 119-128. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2635>

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Lusociência.

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

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª ed). Escola Nacional de Saúde Pública.

Internacional Society For Pediatric and adolescent Diabetes [ISPAD]. (2022). Diretrizes do Consenso de Prática Clínica. <https://www.ispad.org/resources/ispad-clinical-practice-consensus-guidelines/2022-ispad-clinical-practice-consensus-guidelines/ispad-cpcg-2022-portuguese.html>

Isprantari, A., Agustina, R., Konlan, K. & Lee, H. (2023), Family-centered interventions for children and adolescents with type 1 diabetes mellitus: an integrative review. *Child Health Nurse R.*, 29(1), 7-23. <https://doi.org/10.4094/chnr.2023.29.1.7>

Khatri, B., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdi, A., Erku, D., Endalamaw, A. & Assefa, Y. (2023). People-centred primary health care: a scoping review, *BMC Primary Care*, 24,236. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02194-3>

Laranjeira, C.& Querido, A. (2024). Contributos para a definição de um programa de intervenção em enfermagem. In R. Marques. M. Néné. C. Sequeira, (Coord). *Enfermagem avançada*. (pp. 349-358). LIDEL.

Lawrence, S.E, Albanese-O'Neill, A., Besançon, S., Black, T., Bratina, N., Chaney, D., Cogen, F. R., Cummings, E. A., Moreau, E., Pierce, J. S., Richmond, E. & Mahmud, F. H. (2022). Gestão e apoio a crianças e adolescentes com diabetes na escola. Orientações de Consenso para a prática clínica. ISPAD.

[file:///C:/Users/anacr/Downloads/PrefinalISPADChapter22PT%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/anacr/Downloads/PrefinalISPADChapter22PT%20(1).pdf)

Lopes, V. C. R. (2015). *Informação/formação necessária aos pais no cuidar da criança com necessidades especiais de saúde no domicílio* (Tese de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermage_mrevista/article/view/16333/12431.

Macedo, E., Silva, L., Paiva, M. & Ramos, M. (2015). Burden and quality of life of mothers of children and adolescents with chronic illnesses: An integrative review. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23(4), 769–777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>

Machado, D., Brás, M., Almeida, A. & Vilela, A. (2023). Modelos de intervenção Transgeracional aplicados. À enfermagem de saúde familiar – revisão narrativa. *International journal of developmental and educational psychology. Revista de psicologia*. (2), 113-122.

Maria, V. A. J. (2000). Cuidados comunitários e cuidados hospitalares: centrados nas instituições ou no doente? *Revista portuguesa de clínica Geral*. (16), 479-484 <http://hdl.handle.net/10451/5633>

Marinheiro, P. (2007). *A família da criança com asma. Fatores que influenciam a qualidade de vida do sistema familiar*. (Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. <https://hdl.handle.net/10216/7199>

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Quarteto.

Marques, R., Pontífice-Sousa, P. & Néné, M. (2024). A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In R. Marques, M. Néné, C. Sequeira. (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp. 94-98). LIDEL.

Martins, H.S. & Oliveira, C. A. (2023). Diabetes Mellitus tipo1 nas crianças e adolescentes- O desafio para além da doença. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 18(2), 86-89.

Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, Guia de Decisão Clínica*. LIDEL.

Mestre, T. D., Caldeira, E. V. & Lopes, M. J. (2024). Autocuidado familiar: ensaio teórico para famílias com filho(s) com perturbação do desenvolvimento intelectual. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(2), 103-114. <https://doi.org/10.37914/riis.v7i2.287>

Ministério da Educação e da Saúde (2019). Despacho n.º 8297-C/2019 de 18 de setembro Regulamento de enquadramento do apoio às crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na Escola. *Diário da República*, n.º 179, 412-(5) - 412-(7).

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/179000001/0000500007.pdf>

Ministério da Justiça (1966). *Decreto-Lei n.º 47 344 de 25 de novembro: Código Civil Português*. Diário do Governo, I série (274). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075-49942975>

Ministério da Saúde (2025). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Ministério da Saúde (2023). Portaria n.º 454-A/2023 de 28 de dezembro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 249, 92-(2) – 92(12).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/454-a-2023-835862896>

Ministério da Saúde (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-defini%C3%A7%C3%A3o-de-proposta-de-metodologia-de-integra%C3%A7%C3%A3o-dos-n%C3%ADveis-de-cuidados-de-sa%C3%BAde.pdf>

Ministério da Saúde (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República*, 1ª série, n.º 149, 4069 – 4071.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Ministério da Saúde (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República*. 1ª série, n.º 161, 5587-5596

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>

Ministério da Saúde (2007). Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro. *Diário da República*. 1ª série, n.º 201, 7655-7659

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/10/20100/0765507659.pdf>

Ministério da Saúde (2007). Despacho n.º 24101/2007 de 22 de outubro. *Diário da República*. 2ª série, Nº. 203. 30419

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2007/10/203000000/3041930419.pdf>

Ministério da Saúde (1999). Decreto-Lei n.º 207/99 de 9 de Julho. *Diário da República*. 1ª série, n.º 133, 3258-3265

Ministério da Saúde (1999). Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio. *Diário da República*. 1ª série, n.º 108, 2424-2435.

<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/05/108a00/24242435.pdf>

Minuchin, S. (1990). *Famílias. Funcionamento e tratamento*. Artes Médicas.

Mokkink, L., Van, L., J. Grootenhuys, M., Offringa, M. & Heymans, H. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): National consensus in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*, 167(12), 1441–1447.

<https://doi.org/10.1007/s00431-008-0697-y>

Morawska, A., Calam, R. & Fraser, J. (2015). Parenting interventions for childhood chronic 76 illness: A review and recommendations for intervention design and delivery. *Journal of Child Health Care*, 19(1), 5–17. <https://doi.org/10.1177/1367493513496664>

Neves, C., Neves, J.S., Castro Oliveira, S., Oliveira, A. & Carvalho, D. (2017). Diabetes Mellitus Tipo1. *Revista portuguesa de Diabetes*, 12(4), 159-167.

Nunes, L. (2024a). Tomada de decisão ética. In R. Marques, M. Néné, C. Sequeira. (Coord.), *Enfermagem Avançada* (pp. 88-93). LIDEL.

Nunes, L. (2024b). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. In R. Marques, M. Néné, C. Sequeira. (Coord.), *Enfermagem Avançada* (pp. 99-108). LIDEL.

Observatório Nacional da Diabetes (2025). *Diabetes Factos e Números, os anos de 2022, 2023 e 2024*. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

<https://relatorioanualdiabetes.com/wp-content/uploads/2025/11/251103-SPD-RelatorioAnual-1.pdf>

Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes Factos e Números, Portugal 2014*. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. https://spd.pt/images/od_2014.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 140/2019. *Diário da República*, N.º 26, 2.ª série de 2 de junho, 4744-4750.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Regulamento 428/2018. *Diário da República*, N.º 135/2018, 2.ª série de 16 de Julho.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-enfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Comissão de formação https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manualis_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Petronilho, F. & Machado, M. (2024). Avaliação dos cuidados. *In* R. Marques, M. Néné, C. Sequeira. (Coords.), *Enfermagem Avançada* (pp.308-309). LIDEL.

Pinto, V. C.M. & Malheiro, M.I.D.C. (2022). Intervenções facilitadoras na transição da criança com diabetes Mellitus tipo1 para a comunidade: uma revisão scoping. *Revista Científica Pensar Enfermagem*, 26(1).

Pisco, L. & Ramos, V. (2025), vinte anos da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Lições aprendidas e novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(7). DOI:1590/1413-81232025307.21532024

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. LIDEL.

PORDATA (2025). Fundação Francisco Manuel dos Santos <https://www.pordata.pt/municipios>

Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus*

e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.^a série, n.º 157, 414-418.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Relvas, A. (2004). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Quarteto Editora.

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (2^a ed.). Edições Afrontamento.

Ribas, M. & Ferraz, C. (2010). O papel da comunidade. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 19(3), 192 – 194.

Ricci, L., Minary, L., Kivits, J., Ayav, C. & Rat, A. C. (2024). Utilização de métodos qualitativos para otimizar práticas colaborativas evidenciando diferenças de perceções entre profissionais: um exemplo de educação do doente. *Revista de cuidados interprofissionais*, 38 (2), 264-272.

Roper, N. Tierney, A. & Logan, W. (2001). *Modelo de Enfermagem Roper- Logan -Tierney*. Climepsi Editores.

Rostaminasab, S., Nematollahi, M., Jahani, Y. & Rabori, R. (2023). The effect of family-centered empowerment model on burden of care in parents and blood glucose level of children with type I diabetes family empowerment on burden of care and HbA1C. *Enfermagem BMC*, 22-214.

[file:///C:/Users/anacr/Downloads/s12912-023-01375-w%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/anacr/Downloads/s12912-023-01375-w%20(4).pdf)

Sampaio, F. (2024). Diagnósticos de Enfermagem. In Marques, R., Néné, M., Sequeira, C. (Coords.). *Enfermagem Avançada* (pp. 301-303). LIDEL.

Santos, M. L. (2023). Modelo Calgary de avaliação familiar e Modelo Calgary de intervenção familiar. In M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 377-382). LIDEL.

Santos, M., Santos, M.I.E.S., Nascimento, P., Silva, P., Saraiva, P., R., Lopez, P., S. (2023). Transição de cuidados em saúde: pontos – chave para a criação e implementação de um projeto. *Revista portuguesa de investigação comportamental e social*, 9 (1),1-10.

Santos, R. C., Silva, J. L. M. & Custódio, L. M. G. (2017). A doença crónica e o adolecer: Efeitos do adoecimento e do câncer no desenvolvimento do adolescente. *Psicologia: O Portal Dos Psicólogos*, 1–13. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1160.pdf>

Sequeira, C. & Sequeira, A. (2023). Linguagem Classificada em Enfermagem. *In* M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 381-382). LIDEL.

Serrabulho, L. & Montesinos, S. P. (s.d). A Importância da Educação Terapêutica na comunicação eficaz na Diabetes. *Manual de Comunicação eficaz da diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Silva, M. M., Kraus, T. & Figueiredo, M. H. (2023). Ciclo vital da família. *In* M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 152–158). LIDEL.

Silva, M., Reichert, A., Souza, S., Pimenta, E. & Collet, N. (2018). Doença Crônica Na Infância E Adolescência: Vínculos Da Família Na Rede De Atenção À Saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>

Sousa, J., Barreto, M., Cabral, L., Mendes, F. & Balazeiro, A. (2021). Articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários: grau de satisfação dos médicos especialistas e internos de medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37, 408-417. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i5.13087>

Spínola, A. & Figueiredo, M. H. (2023). Conceito de Família. *In* M. H. Figueiredo (Coord.), *Enfermagem de saúde familiar* (pp. 92-95). LIDEL.

Sundberg, F., Beaufort, C., Krogvold, L., Patton, S., Piloya, T., Smart, C., Van Name, M., Weissberg-Benchell, J., Silva, J. & DiMeglio, L. A. (2022). *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Managing diabetes in preschoolers. Pediatric diabetes*, 23(8), 1496–1511. <https://doi.org/10.1111/pedi.13427>

Teixeira, C. J. (2016). Diferentes Modelos Organizativos de Cuidados de Saúde Primários apresentam Diferenças no Desempenho? Universidade do Algarve. [file:///C:/Users/anacr/Downloads/content%20\(20\).pdf](file:///C:/Users/anacr/Downloads/content%20(20).pdf)

World Health Organization [WHO]. (2016). Transitions of care: Technical Series on Safer Primary Care. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511599>.

Wright, L. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família* (4ª ed.). Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO À EQUIPA DA USF



4. Tem interesse em atualizar ou aprofundar o conhecimento nesta área? (0 ponto)

[Mais detalhes](#)

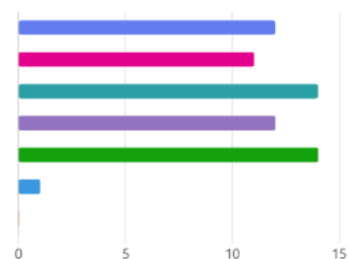
● Sim 15
● Não 0



5. Selecione os temas que gostaria de ver abordados? (0 ponto)

[Mais detalhes](#)

● Contagem de Hidratos de carbono 12
● Tratamento com Múltiplas injeções de insulina 11
● Tratamento com Sistema de Perfusão Subcutâneo Continuo de insulina - Bomba de Insulina. 14
● Complicações agudas da diabetes, hipoglicemia e cetonemia 12
● Educação terapêutica 14
● Nenhum dos anteriores 1
● Outro 0

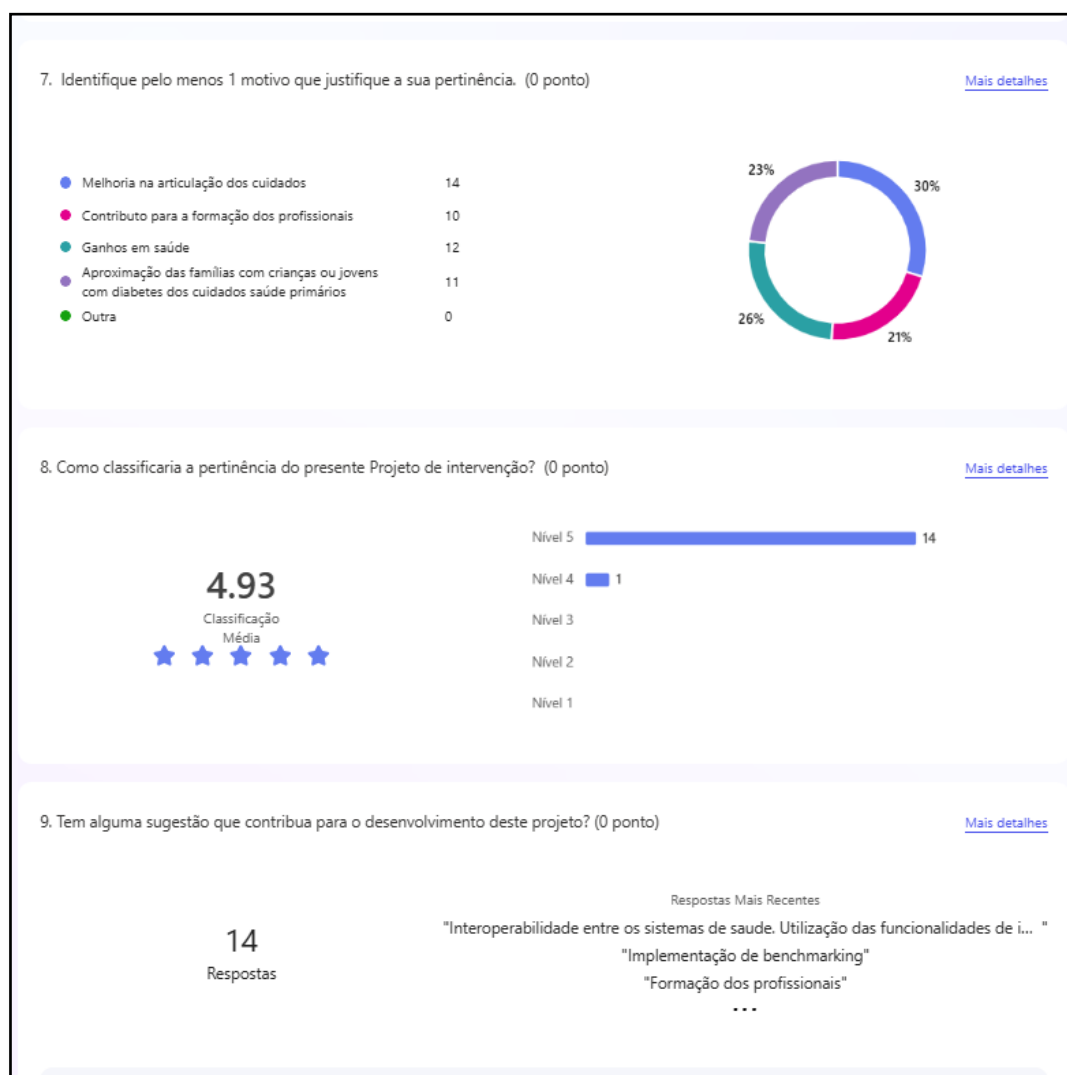


6. Considera este projeto pertinente ? (0 ponto)

[Mais detalhes](#)

● Sim 15
● Não 0





APÊNDICE B - GUIÃO DE ENTREVISTA À EQUIPA DA USF

Guião de entrevista – Profissionais da USF		Questões orientadoras
Legitimação da entrevista	-Esclarecer sobre o âmbito do projeto e objetivo da entrevista; -Garantir consentimento informado; -Motivar a participação do entrevistado;	-Encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Saúde familiar e, no presente estágio curricular, estou a desenvolver um projeto de intervenção cujo principal objetivo é promover a articulação entre os cuidados hospitalares e os Cuidados saúde primários, no âmbito dos cuidados à criança ou jovem com diabetes. Irei necessitar da sua colaboração com vista a identificar as necessidades sentidas pelos profissionais da USF no cuidado às famílias com crianças e jovens com diabetes. E, simultaneamente, perceber quais são as expectativas/visão relativamente à articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados saúde primários, neste caso com as USF; -Pedir autorização para gravar; -Informar da duração da entrevista.
Dados Biográficos dos entrevistados	Caracterizar os profissionais entrevistados da USF	-Género, idade, tempo de exercício profissional; -Formação na área da diabetes tipo1;
Consulta à família com criança ou jovem com diabetes	Identificar as famílias com crianças ou jovens com diabetes seguidos na USF e as dificuldades sentidas pelos profissionais no processo de educação terapêutica.	-Quantas Famílias com crianças ou jovens com diabetes tem nas suas consultas; -Cumpram as marcações; -Tipo de tratamento (Múltiplas injeções insulina, sistema de perfusão contínuo subcutâneo insulina); -Dificuldades sentidas na resposta as necessidades das famílias com criança e jovem com diabetes, em termos de educação terapêutica;
Comunicação /articulação entre os profissionais dos cuidados hospitalares e cuidados saúde primários (USF)	Conhecer a visão dos profissionais da USF, relativamente à comunicação/articulação entre os profissionais cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários, no âmbito dos cuidados à criança ou jovem com diabetes.	-De que forma tem conhecimento do diagnóstico da criança ou jovem; -De que forma tem acesso ao plano terapêutico da criança; -Considera que o enfermeiro de família, deve ser uma referência para estas crianças ou jovens e porquê -Como classifica a articulação existente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, USF; Muito boa, boa, suficiente ou insuficiente; -Considera que a articulação entre as equipas, pode influenciar a qualidade dos cuidados, em que medida.
Validação da entrevista	Perceber a opinião dos profissionais da USF relativamente ao projeto; Identificar sugestões e encerrar a entrevista.	Considera que este projeto pode contribuir para a melhoria dos cuidados Quer colocar alguma questão ou acrescentar alguma informação ●Obrigada pela sua colaboração!

REFERÊNCIAS: GRAZINA, F. (2009). Guião da Entrevista. Universidade Aberta. Disponível em : <https://pt.scribd.com/doc/24326700/guiao>

APÊNDICE C - GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS FAMÍLIAS

Guião de entrevista – Famílias		
Dimensões	Objetivos	Questões orientadoras
Legitimação da entrevista	-Esclarecer sobre o âmbito do projeto e objetivo da entrevista; -Garantir consentimento informado; -Motivar a participação do entrevistado;	-Encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Saúde familiar e, no presente estágio curricular, estou a desenvolver um projeto de intervenção cujo principal objetivo é promover a articulação entre os cuidados hospitalares e os Cuidados saúde primários, no âmbito dos cuidados à criança ou jovem com diabetes. - Irei necessitar da sua colaboração com vista a identificar as necessidades sentidas pelas famílias com crianças ou jovens com diabetes no processo terapêutico do controlo metabólico. E, simultaneamente, perceber quais são as expetativas/visão relativamente aos cuidados dos profissionais dos cuidados hospitalares e dos cuidados primários; -Pedir autorização para gravar; -Informar da duração da entrevista.
Dados Biográficos dos entrevistados	-Caracterizar a família com criança ou jovem com diabetes	- Caraterização da Família; número de elementos, idade, escolaridade, profissão, antecedentes pessoais de saúde;
Dados da criança ou jovem com diabetes	-Identificar dados relativamente ao diagnóstico e seguimento;	-Tempo de diagnóstico da diabetes; -Unidade hospitalar onde esteve internado no diagnóstico inaugural; -Unidade hospitalar de seguimento; -Tipo e duração do tratamento. -Controlo metabólico HBA1C e tempo no alvo, dos últimos 3 meses;
Comunicação /articulação entre os profissionais dos cuidados hospitalares e cuidados saúde primários (USF)	-Conhecer a visão dos pais relativamente à comunicação/articulação entre os profissionais cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários, no âmbito dos cuidados à criança ou jovem com diabetes.	- Após o diagnóstico inaugural, foi dado a conhecer as várias áreas envolvidas no cuidado a estas crianças ou jovens; - Dificuldades no regresso à escola; -Comunicação com a saúde escolar; - Comunicação com a USF - Barreiras e fatores favorecedores
Validação da entrevista	-Perceber a opinião dos pais, relativamente ao projeto; Identificar sugestões e encerrar a entrevista.	- Considera que este projeto pode contribuir para a melhoria dos cuidados; - Quer colocar alguma questão ou acrescentar alguma informação; •Obrigada pela sua colaboração!

REFERÊNCIAS: GRAZINA, F. (2009). Guião da Entrevista. Universidade Aberta. Disponível em : <https://pt.scribd.com/doc/24326700/guiao>

APÊNDICE D - GUIÃO DE ENTREVISTA À EQUIPA DE PERITOS

Guião de entrevista – Profissionais peritos área hospitalar e Cuidados Saúde primários		
Dimensões	Objetivos	Questões orientadoras
Legitimação da entrevista	-Esclarecer sobre o âmbito do projeto e objetivo da entrevista; -Garantir consentimento informado; -Motivar a participação do entrevistado;	-Encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Saúde familiar e, no presente estágio curricular, estou a desenvolver um projeto de intervenção cujo principal objetivo é promover a articulação entre os cuidados hospitalares e os Cuidados saúde primários, no âmbito dos cuidados à criança ou jovem com diabetes. - Irei necessitar da sua colaboração com vista a identificar as necessidades sentidas pelos profissionais, no processo de articulação dos cuidados às famílias com crianças e jovens com diabetes. E, simultaneamente, perceber quais são as expectativas/visão relativamente à articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados saúde primários; -Pedir autorização para gravar; -Informar da duração da entrevista.
Dados Biográficos dos entrevistados	Caracterizar os profissionais entrevistados	-Gênero, idade, profissão, serviço/área de cuidados, tempo de exercício profissional;
Comunicação /articulação entre os profissionais dos cuidados hospitalares e cuidados saúde primários (USF)	Conhecer a visão e as necessidades dos profissionais dos cuidados hospitalares e cuidados primários, relativamente à comunicação/articulação entre os profissionais cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários, no âmbito dos cuidados à criança ou jovem com diabetes.	-De que forma tem conhecimento do diagnóstico da criança ou jovem; -De que forma tem acesso ao plano terapêutico da criança; -Identifica algum tipo de barreiras ou limitações, que podem gerar dificuldade na articulação interdisciplinar; -Como classifica a articulação existente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários; Muito boa, boa, suficiente ou insuficiente; -Considera que a articulação entre as equipas, pode influenciar a qualidade dos cuidados, em que medida.
Validação da entrevista	Perceber a opinião dos profissionais relativamente ao projeto; Identificar sugestões e encerrar a entrevista.	- Considera que este projeto pode contribuir para a melhoria dos cuidados - Quer colocar alguma questão ou acrescentar alguma informação •Obrigada pela sua colaboração!

REFERÊNCIAS: GRAZINA, F. (2009). Guião da Entrevista. Universidade Aberta. Disponível em : <https://pt.scribd.com/doc/24326700/guiao>

APÊNDICE E - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Formulário de Consentimento informado

Exmo./a Sr./a,

O meu nome é Ana Cristina Mendes Beja, sou enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da Unidade Local de Saúde Alentejo Central (ULSAC), no serviço de consulta externa, consulta de Pediatria, e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, área de Saúde familiar da Universidade [REDACTED], em associação.

No âmbito do estágio a decorrer na unidade de Saúde Familiar Salus, estou a desenvolver um projeto de intervenção, intitulado **"A família com criança ou jovem com diabetes: Elos no cuidar"**, com a Supervisão clínica da Sra. enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária, [REDACTED] e sob a orientação da Sra. Prof. Doutora Laurência Gemitto da Universidade de Évora.

Convido-o/a a participar neste projeto, que tem como principal objetivo: Promover a articulação entre os Cuidados Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários, nos cuidados de saúde às famílias com crianças ou jovens com diabetes.

A entrevista será conduzida pela mestranda [REDACTED] e terá a duração estimada de aproximadamente 30 minutos. A informação recolhida é confidencial e será tratada e conservada de forma anónima, os resultados apenas serão divulgados em contexto científico (em apresentações ou publicações), sem nunca revelar/divulgar a sua identidade. A sua participação é completamente voluntária, tem a liberdade de não responder ou de interromper a sua participação a qualquer momento, se assim o desejar. Todas as informações recolhidas serão utilizadas, exclusivamente, para o fim descrito neste estudo, com acesso restrito da mestranda e totalmente destruídas no final. Dado o exposto, a sua privacidade, anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019).

****Declaração de Consentimento****

Declaro que li e compreendi a informação acima apresentada. Estou informado(a) e esclarecido(a). Declaro que presto o meu consentimento livre, e permito a utilização dos dados recolhidos, para os fins estritamente mencionados.

☐ Sim, aceito participar.

☐ Não, não aceito participar.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável do projeto: _____

A sua colaboração será fundamental para o desenvolvimento deste projeto. Agradeço, desde já, pela sua disponibilidade e contributo.

Com os melhores cumprimentos, Ana Beja

APÊNDICE F - GUIA ORIENTADOR PARA PROFISSIONAIS DA USF



**CRIANÇAS E JOVENS
COM DIABETES
MELLITUS TIPO 1**

GUIA PRÁTICO PARA PROFISSIONAIS
EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

DIABETES MELLITUS TIPO 1

A DIABETES MELLITUS TIPO 1 É UMA DOENÇA CRÔNICA CARACTERIZADA POR DEFICIÊNCIA DE INSULINA DEVIDO À PERDA DE CÉLULAS BETA PANCREÁTICAS E COM CONSEQUENTE HIPERGLICEMIA. EMBORA SEJA UMA DOENÇA AUTOIMUNE, TEM COMO BASE UMA PREDISPOSIÇÃO GENÉTICA.

DIAGNÓSTICO

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DIABETES, DE ACORDO COM O ESTABELECIDO PELA INTERNATIONAL SOCIETY FOR PEDIATRIC AND ADOLESCENT DIABETES (ISPAD):

- SINTOMAS CLÁSSICOS DE DIABETES (POLIÚRIA, NICTÚRIA, ENURESE, POLIDIPSIA, EMAGRECIMENTO) E GLICOSE SÉRICA ≥ 200 MG/DL;
- GLICOSE SÉRICA EM JEJUM (> 8 H) ≥ 126 MG/DL
- GLICOSE SÉRICA APÓS PROVA DE TOLERÂNCIA ORAL À GLICOSE (PTOG) ≥ 200 MG/DL (2H), UTILIZANDO CARGA DE GLICOSE DE 1,75 G/KG ATÉ VALOR MÁXIMO DE 75 G
- HBA1C $\geq 6,5$

A PTOG HABITUALMENTE É DESNECESSÁRIA, DESDE QUE UM DOS PRIMEIROS CRITÉRIOS ESTEJA PRESENTE. SEMPRE QUE SE CONSTATAR A PRESENÇA DE HIPERGLICEMIA, A CRIANÇA OU JOVEM DEVERÁ SER ORIENTADA PARA UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA INÍCIO DE TERAPÊUTICA ADEQUADA, UMA VEZ QUE, AO PROTETAR-SE O INÍCIO DA INSULINOTERAPIA, ISSO PODERÁ DESENCADear O Desequilíbrio metabólico, com consequente cetoacidose

VERTENTES DO TRATAMENTO

MONITORIZAÇÃO DA GLICOSE
INSULINOTERAPIA
ALIMENTAÇÃO
EXERCÍCIO

AUTOVIGILÂNCIA E AUTOCONTROLO

PILAR ESSENCIAL NA GESTÃO DA DM1

- ☐ Importância da avaliação;
- ☐ Valores de referência;
- ☐ Momentos de avaliação;
- ☐ Cuidados durante a avaliação.

VALORES - ALVO

Glicemia capilar (mg/dl)	
Em jejum ou antes das refeições	70 - 130
2h após as refeições	90 - 180
Ao deitar	80 - 140
Durante a noite	80 - 162

MOMENTOS DE AVALIAÇÃO

- ☐ Antes de todas as refeições;
- ☐ Antes, durante e após atividade física;
- ☐ Antes de deitar e durante a noite;
- ☐ Sempre que existam sintomas sugestivos de hipoglicemia, para confirmação do episódio e para monitorizar a recuperação;
- ☐ Durante períodos de doença, para prevenir episódios de cetoacidose diabética;
- ☐ Na presença de mal-estar ou outros sintomas inespecíficos.

Dúvidas em relação ao valor do sensor;

Sintomas que não coincidem com o valor;

Inferior a 70 ou superior a 250mg/dl

CUIDADOS

Não "desinfetar" o dedo antes de picar;

Lavar e secar bem as mãos (se possível);

Picar lateralmente o dedo.

CETONEMIA

VALORES - ALVO

<0.6 mmol/L	Negativa
0.6 - 1.4 mmol/L	Ligeira a moderada
1.5 - 2.9 mmol/L	Moderada a grave
≥ 3 mmol/L	Grave Risco imediato de cetoacidose diabética

MOMENTOS DE AVALIAÇÃO

- NA DOENÇA AGUDA
- NA PRESENÇA DE NÍVEIS persistentemente ELEVADOS DE GLICEMIA (>250MG/DL)

CUIDADOS

- ☐ Reforçar ingestão líquidos;
- ☐ Não fazer atividade física, redução atividade;
- ☐ Pode ser necessário fazer dose adicional de insulina;
- ☐ Contactar os pais;

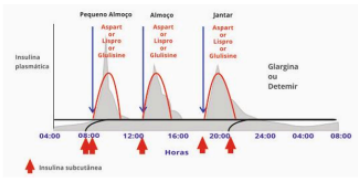
INSULINOTERAPIA FUNCIONAL

OS ANÁLOGOS DE AÇÃO RÁPIDA SÃO AMPLAMENTE RECOMENDADOS E USADOS NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR APRESENTAREM UM INÍCIO E UMA DURAÇÃO DE AÇÃO MAIS CURTA ASSIM COMO OS ANÁLOGOS DE AÇÃO LONGA, POR APRESENTAREM UM EFEITO MAIS PROLONGADO E PREVISÍVEL.

Tipo de insulina	Início de ação	Pico de ação	Duração de ação
Análogos de ação rápida (aspart, glulisina e lispro)	10 - 15 minutos	1 - 3 horas	3 - 5 horas
Insulina Regular (ação curta)	30-60 minutos	2 - 4 horas	5 - 8 horas
Insulina de ação intermédia NPH (Neutral Protamine Hagedron)	2 - 4 horas	4 - 12 horas	12 - 24 horas
Análogos de ação longa			
• Glargina	2 - 4 horas	8 - 12 horas	22 - 24 horas
• Determir	1 - 2 horas	4 - 7 horas	20 - 24 horas
• Degludec	30 - 90 minutos	Pico mínimo	>42 horas

Fonte: adaptada de Pediatric Diabetes 2016; 19(suppl 27): 115-120 ¹¹

MÚLTIPLAS ADMINISTRAÇÕES DE INSULINA (MAI)



Glicemia	Intervalo de tempo entre a administração de insulina e o início da refeição
<70 mg/dl	Corrigir a hipoglicemia, administrar o bôlus e iniciar a refeição
70-80mg/dl	Administrar o bôlus e iniciar a refeição
80-120mg/dl	Administrar o bôlus e aguardar 10 minutos para iniciar a refeição
>120mg/dl	Administrar o bôlus e aguardar o tempo necessário de acordo com o nível de glicemia, até um máximo de 30 minutos

Exceccionalmente, em crianças pequenas e/ou em caso de doença aguda, o bôlus pode ser administrado a meio da refeição, metade antes e outra metade no fim da refeição ou a totalidade no fim da refeição.

A DOSE DIÁRIA DE INSULINA DEPENDE DE MUITOS FATORES COMO: A IDADE, O PESO, O ESTADIO PUBERTÁRIO, A DURAÇÃO DA DIABETES E A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO, ENTRE OUTROS.

AS DOSES TOTAIS DIÁRIAS DE INSULINA HABITUALMENTE RECOMENDADAS SÃO AS SEGUINTES: DURANTE A FASE DE REMISSÃO PARCIAL < 0,5 UI/KG/DIA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-PUBERTÁRIA 0,7 - 1,0 UI/KG/DIA

DURANTE A PUBERDADE >1,0 - 2,0 UI/KG/DIA.

ANÁLOGO DE AÇÃO LONGA

- DEVE SER ADMINISTRADO DE MANHÃ (AO PEQUENO-ALMOÇO) EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 6 ANOS, PARA PREVENIR A HIPOGLICEMIA DE MADRUGADA, TÍPICA DAS CRIANÇAS PEQUENAS.
- DEVE SER ADMINISTRADO À NOITE (AO DEITAR) A PARTIR DESSA IDADE PARA REVERTER A TENDÊNCIA PARA A HIPERGLICEMIA DE MADRUGADA, TÍPICA DOS ADOLESCENTES. EMBORA POSSA HAVER EXCEÇÕES, NO QUE DIZ RESPEITO A INSULINAS MAIS RECENTES;
- O ANÁLOGO DE AÇÃO LONGA DEVE SER ADMINISTRADO SENSIVELMENTE À MESMA HORA, UMA VEZ QUE SE PRETENDE UMA COBERTURA DAS 24 HORAS;

ANÁLOGO DE AÇÃO RÁPIDA

- O ANÁLOGO DE AÇÃO RÁPIDA (BÔLUS PRÉ-PRANDIAL), DEVE SER ADMINISTRADO ANTES DA REFEIÇÃO, COM AJUSTES DAS DOSES CONSOANTE OS VALORES DA GLICOSE, A SUA TENDÊNCIA, SE FOREM UTILIZADOS SENSORES, OS GRAMAS DE HC DAS REFEIÇÕES, O EXERCÍCIO FÍSICO PRATICADO E SITUAÇÕES DE STRESS COMO É O CASO DA DOENÇA AGUDA, TÃO FREQUENTE NA IDADE PEDIÁTRICA.

TODAS AS CRIANÇAS E JOVENS DEVEM TER UM ESQUEMA DE INSULINA ONDE CONSTEM:

- AS RELAÇÕES INSULINA/HC DAS REFEIÇÕES AO LONGO DO DIA,
- O FSI (QUE PODE SER DIFERENTE DURANTE O DIA E A NOITE),
- OS OBJETIVOS GLICÉMICOS E A DOSE DE ANÁLOGO DE AÇÃO LONGA.

CONSERVAÇÃO DE INSULINA

- A INSULINA DEVE SER CONSERVADA NO FRIGORÍFICO, ENTRE 2 °C E 8 °C;
- NÃO DEVE SER GUARDADA NA PORTA NEM NO CONGELADOR. SE ACONTECER O CONGELAMENTO, NÃO PODE SER UTILIZADA, MESMO DESCONGELADA;
- A INSULINA QUE ESTÁ A SER UTILIZADA NÃO NECESSITA ESTAR NO FRIGORÍFICO. É VÁLIDA DURANTE 4 SEMANAS SE NÃO FOR EXPOSTA A TEMPERATURAS SUPERIORES A 30 °C.
- À TEMPERATURA AMBIENTE (25 °C) A INSULINA PERDERÁ MENOS DE 1% DA SUA EFICÁCIA AO LONGO DE 30 DIAS;
- A INSULINA A USO DEVE SER TRANSPORTADA EM ESTOJO PRÓPRIO OU NUM SACO TÉRMICO;
- APESAR DOS CUIDADOS DE CONSERVAÇÃO DEVEM SER RESPEITADAS AS DATAS DE VALIDADE DO FABRICANTE;
- OS ANÁLOGOS DE INSULINA DE AÇÃO LENTA E RÁPIDA DEVEM TER ASPETO LÍMPIDO E NÃO NECESSITAM SER AGITADOS;
- NÃO DEVE SER UTILIZADA INSULINA QUE TENHA ALTERAÇÃO DA COR E/OU DO ASPETO.

ALIMENTAÇÃO

TER HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS NÃO SIGNIFICA FAZER UMA ALIMENTAÇÃO RESTRITIVA OU MONÓTONA. PELO CONTRÁRIO, UM DOS SEUS PILARES FUNDAMENTAIS É A VARIEDADE: DIFERENTES ALIMENTOS CONTRIBUEM COM DIFERENTES NUTRIENTES O QUE, POTENCIALMENTE, ENRIQUECE O DIA ALIMENTAR DE CADA PESSOA. AO OPTARMOS POR HÁBITOS ALIMENTARES MAIS SAUDÁVEIS, NÃO TEMOS QUE ABDICAR COMPLETAMENTE DAQUELES ALIMENTOS MENOS SAUDÁVEIS DE QUE GOSTAMOS. O IMPORTANTE É QUE O CONSUMO DESSES ALIMENTOS CONSTITUA A EXCEÇÃO E NÃO A REGRA DO DIA-A-DIA.

MONITORIZAÇÃO DA QUANTIDADE TOTAL DE HC

A CONTAGEM DE HC É UMA FERRAMENTA DE PLANEAMENTO ALIMENTAR USADA EM PESSOAS COM DM1 QUE FOCA OS HC COMO O NUTRIENTE COM MAIOR IMPACTO NA GLICEMIA PÓS-PRANDIAL E TEM POR OBJETIVO OTIMIZAR O CONTROLO GLICÉMICO.

ALIMENTOS QUE CONTÊM HIDRATOS DE CARBONO

- ☐ Cereais e seus derivados e tubérculos: arroz, milho, pão, massas, bolachas, cereais de pequeno-almoço, farinhas, batatas;
- ☐ Leguminosas secas (feijão, grão-de-bico, lentilha) e frescas (ervilha, fava);
- ☐ Leite e iogurtes;
- ☐ Frutas e sumos de fruta;
- ☐ Outros: açúcar, mel, marmelada, compotas, refrigerantes, rebuçados, gomas, bolos, sobremesas, gelados, biscoitos, chocolate, empadas, panados e outros salgados.

A QUANTIFICAÇÃO DE HC DEVERÁ SER ENSINADA COM RECURSO A LISTAS DE ALIMENTOS COM QUANTIDADES CONECIDAS, USANDO BALANÇAS E MEDIDAS CASEIRAS PADRONIZADAS. DE TODOS OS PROCESSOS DE QUANTIFICAÇÃO EXISTENTES,

A PESAGEM É O MAIS PRECISO.

MANUAL DE CONTAGEM DE HIDRATOS DE CARBONO NA DIABETES MELLITUS

LEITURAS DE RÓTULOS

O RÓTULO DOS ALIMENTOS PROCESSADOS E EMBALADOS TEM A INFORMAÇÃO NUTRICIONAL QUE INDICA, ENTRE OUTROS MACRO E MICRONUTRIENTES, A QUANTIDADE DE HC EXISTENTE EM 100 G OU 100 ML DE ALIMENTO, SENDO FREQUENTE A DISPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO DA QUANTIDADE DE HC PRESENTE NUMA PORÇÃO DE ALIMENTO.

A LEITURA DA INFORMAÇÃO NUTRICIONAL DO RÓTULO DEVE SER INCLuíDA NO PROGRAMA DE ENSINO, POR FORMA A CONSTITUIR UM HÁBITO ADQUIRIDO E REALIZADO FREQUENTEMENTE.

EXERCÍCIO FÍSICO

A ATIVIDADE FÍSICA É UMA PARTE IMPORTANTE DO CONTROLO DA DM1: BENEFICIANDO AS CRIANÇAS E JOVENS FÍSICAMENTE ATIVAS EM MUITAS DIMENSÕES DA SUA SAÚDE: AS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO PEDIÁTRICA COM DM1 SÃO AS MESMAS QUE PARA AS RESTANTES CRIANÇAS E JOVENS: ACUMULAR, NO MÍNIMO, 60 MIN POR DIA DE ATIVIDADE FÍSICA DE INTENSIDADE MODERADA A VIGOROSA. ESTE VOLUME DEVE SER PREDOMINANTEMENTE DE ATIVIDADE FÍSICA AERÓBIA, MAS DEVE INCLUIR TAMBÉM, ATIVIDADES DE FORTALECIMENTO MUSCULAR E ÓSSEO, PELO MENOS, EM 3 DIAS POR SEMANA.

DIFERENTES NÍVEIS DE INTENSIDADE DO EXERCÍCIO PARECEM ESTAR ASSOCIADOS A DIFERENTES RESPOSTAS AGUDAS DA GLICEMIA EM INDIVÍDUOS COM DM.

DURANTE O EXERCÍCIO AERÓBIO DE INTENSIDADE MODERADA, A GLICEMIA DIMINUI NA MAIORIA DOS CASOS E A HIPOGLICEMIA OCORRE CERCA DE 45 MIN APÓS O INÍCIO DA PRÁTICA (EXCETO SE FOREM INGERIDOS HIDRATOS DE CARBONO). INDIVÍDUOS TREINADOS APRESENTAM MAIORES REDUÇÕES NA GLICEMIA DO QUE OS NÃO TREINADOS. O AUMENTO DA INTENSIDADE DO EXERCÍCIO PARA VIGOROSA PARECE ATENUAR A QUEDA NA GLICEMIA, E INTENSIDADES SUBMÁXIMAS E MÁXIMAS ESTÃO ASSOCIADAS A UM AUMENTO AGUDO DA GLICEMIA, QUER EM EXERCÍCIOS AERÓBIOS, RESISTIDOS (ANAERÓBIOS) OU EM ATIVIDADES INTERMITENTES, COMO OS JOGOS DESPORTIVOS COLETIVOS."

CONTRA-INDICAÇÕES

CETONEMIA ELEVADA

EPISÓDIO DE HIPOGLICEMIA NAS ÚLTIMAS 24H

AVALIAÇÃO DA GLICEMIA

Glicemia (mg/dL)	<90	90-125	126-180	181-250	>251
Exercício					
Aeróbico ou misto	+	+	+	+	+
Anaeróbico	-	-	-	-	-
Indicações	Ingestão de HC: 10-20 g (20 a 30 g por IAB)	Ingestão de HC: 10 g			Análise de cetonemia por fita de 4L
Legenda HC	+ Indicação de ingestão de HC; - Indicação de não ingestão de HC; + Indicação de ingestão de HC; - Indicação de não ingestão de HC; + Indicação de ingestão de HC; - Indicação de não ingestão de HC				

CUIDADOS A TER ANTES DO EXERCÍCIO FÍSICO

Duração Exercício	<30 minutos	30-60 minutos	60-150 minutos	>150 minutos
Aeróbico ou Misto	Se PSC1: redução de débito basal de 20 a 50%, até ao final do exercício			
	Ingestão de HC: 10-20 g (10-20 g por IAB)	Ingestão de HC: 10-15 g (10-15 g por IAB)	Ingestão de HC: 30-60 g (30-60 g por IAB)	Ingestão de HC: 60-90 g (60-90 g por IAB)
Anaeróbico	Se PSC1: débito basal mantido ou aumentado durante/ após o exercício			
	---	Ingestão de HC: 10-20 g	Ingestão de HC: 30-60 g	Ingestão de HC: 60-90 g
Hidratação	ÁGUA, desde que glicemia > 125 mg/dL			
	BEBIDA ISOTÔNICA com 6-8% de HC			

Legenda HC: + Indicação de ingestão de HC; - Indicação de não ingestão de HC; PSC1: certificação laboratorial confirmada de Insulina

HIPOGLICEMIA

A HIPOGLICEMIA É A COMPLICAÇÃO AGUDA MAIS FREQUENTE DA DM1. PARA A CRIANÇA/JOVEM COM DM1, UM EPISÓDIO DE HIPOGLICEMIA PODE REUNIR DESCONFORTO FÍSICO E PSICOLÓGICO, BEM COMO SINTOMAS GRAVES. A HIPOGLICEMIA GRAVE E PROLONGADA, SOBRETUDO DURANTE O SONO, PODE PROVOCAR CONVULSÕES OU COMA, PODENDO RARAMENTE SER FATAL.

CLASSIFICAÇÃO

Grave	Episódio com convulsão ou perda de consciência
Moderada	Episódio com sintomas de neuroglicopenia significativos
Ligeira	Todos os restantes episódios de hipoglicemia

SINTOMATOLOGIA

Sinais e sintomas autonómicos / adrenérgicos	Sinais e sintomas neuroglicopénicos
✓ Tremores;	✓ Dificuldade de concentração;
✓ Sudorese, suores frios;	✓ Visão turva ou dupla;
✓ Palpitações;	✓ Alteração da visão das cores (vermelho e verde);
✓ Palidez;	✓ Dificuldades de audição;
	✓ Discursos pouco claros;
	✓ Confusão, falta de documentar;
	✓ Dificuldade na memória a curto prazo;
	✓ Andar pouco firme, falta de coordenação;
	✓ Convulsões;
	✓ Perda de consciência, coma;

Sinais e sintomas inespecíficos	Sinais e sintomas comportamentais
✓ Sensação de fome;	✓ Labilidade emocional, comportamento errático;
✓ Dor de cabeça;	✓ Irritabilidade, birra;
✓ Náuseas;	✓ Choro inconsolável;
✓ Cansaço, sonolência;	✓ Pesadelos;
✓ Falta de força;	✓ Agitação;
✓ Sensação de calor;	✓ Prostração, inatividade;
✓ Tonturas;	

Para prevenir a hipoglicemia, no dia-a-dia, é necessário:

- 1 Avaliar a glicemiasglicose intersticial antes das refeições e contabilizar corretamente os HC;
- 2 Calcular adequadamente e confirmar a dose da insulina a administrar antes da refeição;
- 3 Perante o exercício físico pode ser necessário diminuir a dose de insulina na refeição anterior e/ou na seguinte;
- 4 Antes de iniciar o exercício deve medir a glicemiasglicose intersticial e, consoante o valor da mesma, pode ser necessário ingerir HC, tendo em conta a intensidade e a duração esperadas do exercício, bem como as indicações individualizadas (CT, Módulo 6, Atividade física);
- 5 Ajustar a dose de insulina basal (basal temporária) em crianças com DM1 e PSC;
- 6 Avaliar a glicemia capilar sempre que ocorram sintomas, mesmo que ligeiros ou inespecíficos;
- 7 Avaliar a glicemiasglicose intersticial antes de dormir e monitorizar a madrugada/noite conforme indicações individualizadas

TRATAMENTO

Deitar a criança de lado;

Administrar Glucagon (Glucagen) intramuscular na coxa;

Dose:
 < 2 anos – 1/2 ampola
 2 a 6 anos – 1/2 ampola
 > 6 anos – 1 ampola

Após recuperar consciência ingerir hidratos de carbono de absorção rápida e depois de absorção lenta.

Recomendado a partir dos 4 anos

PERANTE UMA HIPOGLICEMIA GRAVE COM PERDA DE CONSCIÊNCIA OU CONVULSÕES A PERFUSÃO DE INSULINA DEVE SER INTERROMPIDA. PARA TAL:

PODE COLOCAR-SE A BOMBA EM MODO "STOP" OU "SUSPENDER" OU RETIRAR A CÂNULA DO CORPO. EM CASO DE DÚVIDA NESTES PROCEDIMENTOS, O TUBO DE INFUSÃO DEVE SER CORTADO, INTERROMPENDO ASSIM A PERFUSÃO DE INSULINA.

DEVE AINDA ADMINISTRAR-SE GLUCAGON CONFORME PLANO TERAPÉUTICO.

APÓS RECUPERAR A CONSCIÊNCIA, INGERIR HIDRATOS DE CARBONO DE ABSORÇÃO RÁPIDA E DE



ESTE GUIA FOI ELABORADO COM BASE NO:

MANUAL DE FORMAÇÃO PARA APOIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO, DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2019

ANA CRISTINA BEJA
ALUNA DO Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, Área de Enfermagem de Saúde Familiar

JANEIRO DE 2026

APÊNDICE G - AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE CAPACITAÇÃO



4. Os temas abordados são pertinentes para a prática clínica na USF? (0 ponto)

● Concordo 12
● Discordo 0



5. A formação contribuiu para reforçar conhecimento e confiança no acompanhamento de crianças com Diabetes Mellitus tipo1? (0 ponto)

● Concordo 12
● Discordo 0



6. A metodologia utilizada foi adequada? (0 ponto)

● Concordo 12
● Discordo 0





APÊNDICE H - CHECKLIST DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

VISITA DE ENFERMAGEM
 À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA
 - INTERNAMENTO-

CHECKLIST

DATE: _____

Nº	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	✓
1	- Articulação prévia com a enfermeira responsável pela criança - Recolha de dados (situação clínica e emocional, contexto familiar, nível de compreensão, literacia, barreiras, necessidades identificadas)	
2	- Apresentação aos pais e à criança/jovem - Identificação de crenças/medos/dificuldades	
3	- Avaliar conhecimentos prévios sobre diabetes - O que é a diabetes tipo1, causas e sintomatologia	
4	Triângulo do tratamento (insulina, exercício e alimentação)	
5	Avaliação da glicemia capilar, técnica correta, valores	
6	Monitorização contínua da glicose, colocação do sensor, interpretação de valores, conexão à consulta e seguidores	
7	Tipos de insulina, ação, conservação, técnica e locais de administração, mudança do cartucho	
8	Valores de hipoglicemia e tratamento	
9	Valores de cetonemia, avaliação e tratamento	
10	Contagem de HIDRATOS DE CARBONO	
11	Cálculos da dose de insulina a administrar	
12	Fornecer material extra para o domicílio e explicar funcionamento	
13	Alertar para que o diretor de turma tenha conhecimento do diagnóstico	
14	solicitar consentimento para informar a unidade de saúde de referência	
15	Fornecer contacto da consulta e localização	
16	Comunicação à enfermeira responsável dos dados relevantes resultantes da visita de enfermagem à criança e família	
17	Registos em S-Clinico	
18	Transmissão da informação à equipa de enfermagem da consulta	
OBS.		

<https://www.canva.com/design/DAHAYfrlrA4/HDInvDSY8F3TfFXdbXIAhw/edit>

ANEXOS

Anexo A - Escala DFBS (Família Lopes)

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 73

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR PARA ADOLESCENTES COM DIABETES

Lê cada frase com atenção e assinala a resposta que melhor descreve o que acontece na tua família. Não há respostas certas ou erradas. Se não tiveres a certeza, marca o que achas que é mais verdade.

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
1- Os meus pais vêm-me a fazer as pesquisas		X			
2- Quando há algum problema com a diabetes telefonamos ao médico			X		
3- A minha mãe decide o que eu como	X				
4- Os meus pais compreendem o que sinto sobre a diabetes	X				
5- Peço conselhos aos meus pais sobre a diabetes	X				
6- Os meus pais falam sobre a minha diabetes	X				
7- Nós sabemos quando há problemas com a minha diabetes	X				
8- Os meus pais fazem coisas pela minha diabetes que eu poderia fazer sozinho	X				
9- Os meus pais lêem coisas sobre diabetes	X				
10- Os meus pais lembram-me para fazer as pesquisas				X	
11- Os meus pais encorajam-me a fazer exercício todos os dias		X			
12- Os meus pais compram doces para a família		X			
13- Os meus pais oferecem-me prendas por tratar da diabetes					X
14- Em casa comemos coisas que não fazem parte da minha dieta					X
15- A diabetes faz os meus pais andarem nervosos	X				
16- Os meus pais fazem-me as pesquisas			X		
17- Quando ando com os valores altos durante vários dias, não fazemos nada, esperamos até à próxima consulta					X
18- Só telefonamos ao médico ou enfermeira quando os meus diabetes estão mesmo muito mal	X				

74 P. ALMEIDA & M. G. PEREIRA

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
19- Trato sozinho da diabetes					X
20- Os meus pais estão sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina	X				
21- Os meus pais anotam os resultados das pesquisas		X			
22- Os meus pais ouvem as minhas opiniões sobre o tratamento	X				
23- Se não temos a certeza do que fazer falamos com o médico	X				
24- Os meus pais discutem quando tenho que cumprir a dieta				X	
25- A minha família faz as refeições a horas certas	X				
26- Os meus pais parecem que tem vergonha por eu ter diabetes					X
27- Os meus pais ouvem as minhas queixas e preocupações por ter diabetes	X				
28- Os meus pais fazem os meus lanches	X				
29- Os meus pais preparam a insulina	X				
30- Os meus pais fazem-me sentir bem por eu tratar da diabetes	X				
31- Os meus pais dão-me a insulina	X				
32- Fico com vergonha quando os meus pais falam com outras pessoas sobre a minha diabetes			X		
33- Quando saímos para almoçar ou jantar, eu escolho do menu os alimentos que posso comer	X				
34- Outras pessoas da família comem doces à minha frente			X		
35- Sinto-me sozinho no que respeito a diabetes					X
36- Os meus pais querem que eu faça as mesmas coisas que os outros	X				
37- Os meus pais acham que ainda não estou capaz de fazer as pesquisas			X		
38- Os meus pais estão sempre prontos a ajudar-me no que preciso sobre a diabetes	X				
39- Os meus pais estão sempre a dizer-me para ter cuidado, como se estivesse doente			X		

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 75

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
40- Os meus pais lembram-me de tomar a insulina	X				
41- Só me preocupo com os resultados das pesquisas quando começo a sentir-me mal		X			
42- Os meus pais sabem de que modo trato da diabetes	X				
43- Na minha família há alguém com quem posso conversar sobre a minha diabetes	X				
44- Os meus pais ficam zangados se eu não trato da diabetes		X			
45- Se os resultados das pesquisas estão muito altos nós pesquisamos a acetona	X				
46- A minha família fala (conversa) sobre diabetes	X				
47- Os meus pais têm medo de me injectar a insulina					X

Anexo B - Escala de FACES II (Família Lopes)

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.					X
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.			X		
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					X
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				X	
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.			X		
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					X
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					X
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	X				
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.				X	
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					X
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.				X	
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					X
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					X
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.				X	
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					X
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				X	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				X	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.				X	
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.		X			
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				X	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				X	
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.				X	

Nota:

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

Anexo C - Escala de GRAFFAR (Família Lopes)

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) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dignitários políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso e/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ____/____/____
2	- Médios 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 (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior 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	- Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau 1) - 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, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	12 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA 2/10/25
4	- Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau 2) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizados de nível	- 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 electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ____/____/____
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores inoficienciais e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabituação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ____/____/____

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n° 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Anexo D - Escala APGAR (Família Lopes)

APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

AG

APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			X
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			X
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Anexo E – Escala de FACES II (Família Costa)

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.				X	
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	X				
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.		X			
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					X
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					X
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	X				
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.					X
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					X
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.			X		
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.		X			
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.				X	
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					X
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					X
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					X
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					X
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.				X	
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.				X	
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	X				

(continua)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					X
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				X	
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	X				
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.				X	

Nota:

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

Anexo F – Escala de APGAR (Família Costa)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

APGAR Familiar de Smilkstein			
APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Anexo G - Escala de GRAFFAR (Família Costa)

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) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA: ____/____/____
2	- Médios 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 (s/ 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	- Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau *) - Médios 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, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA: ____/____/____
4	- Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau *) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizados de nível *	- 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 electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA: 2/10/25
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Improprio (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: ____/____/____

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Anexo H – Escala DFBS (Família Costa)

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 73

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR PARA ADOLESCENTES COM DIABETES

Lê cada frase com atenção e assinala a resposta que melhor descreve o que acontece na tua família. Não há respostas certas ou erradas. Se não tiveres a certeza, marca o que achas que é mais verdade.

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
1- Os meus pais vêm-me a fazer as pesquisas		X			
2- Quando há algum problema com a diabetes telefonamos ao médico			X		
3- A minha mãe decide o que eu como			X		
4- Os meus pais compreendem o que sinto sobre a diabetes			X		
5- Peço conselhos aos meus pais sobre a diabetes				X	
6- Os meus pais falam sobre a minha diabetes		X			
7- Nós sabemos quando há problemas com a minha diabetes		X			
8- Os meus pais fazem coisas pela minha diabetes que eu poderia fazer sozinho		X			
9- Os meus pais lêem coisas sobre diabetes	X				
10- Os meus pais lembram-me para fazer as pesquisas			X		
11- Os meus pais encorajam-me a fazer exercício todos os dias				X	
12- Os meus pais compram doces para a família			X		
13- Os meus pais oferecem-me prendas por tratar da diabetes				X	
14- Em casa comem coisas que não fazem parte da minha dieta				X	
15- A diabetes faz os meus pais andarem nervosos			X		
16- Os meus pais fazem-me as pesquisas			X		
17- Quando ando com os valores altos durante vários dias, não fazemos nada, esperamos até à próxima consulta					X
18- Só telefonamos ao médico ou enfermeira quando os meus diabetes estão mesmo muito mal				X	

74 P. ALMEIDA & M. G. PEREIRA

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
19- Trato sozinho da diabetes			X		
20- Os meus pais estão sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina				X	
21- Os meus pais anotam os resultados das pesquisas			X		
22- Os meus pais ouvem as minhas opiniões sobre o tratamento		X			
23- Se não temos a certeza do que fazer falamos com o médico		X			
24- Os meus pais discutem quando tenho que cumprir a dieta					X
25- A minha família faz as refeições a horas certas		X			
26- Os meus pais parece que tem vergonha por eu ter diabetes					X
27- Os meus pais ouvem as minhas queixas e preocupações por ter diabetes			X		
28- Os meus pais fazem os meus lanches		X			
29- Os meus pais preparam a insulina		X			
30- Os meus pais fazem-me sentir bem por eu tratar da diabetes	X				
31- Os meus pais dão-me a insulina				X	
32- Fico com vergonha quando os meus pais falam com outras pessoas sobre a minha diabetes					X
33- Quando saímos para almoçar ou jantar, eu escolho do menu os alimentos que posso comer			X		
34- Outras pessoas da família comem doces à minha frente	X				
35- Sinto-me sozinho no que respeito a diabetes			X		
36- Os meus pais querem que eu faça as mesmas coisas que os outros	X				
37- Os meus pais acham que ainda não estou capaz de fazer as pesquisas					X
38- Os meus pais estão sempre prontos a ajudar-me no que preciso sobre a diabetes		X			
39- Os meus pais estão sempre a dizer-me para ter cuidado, como se estivesse doente				X	

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 75

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
40- Os meus pais lembram-me de tomar a insulina				X	
41- Só me preocupo com os resultados das pesquisas quando começo a sentir-me mal				X	
42- Os meus pais sabem de que modo trato da diabetes	X				
43- Na minha família há alguém com quem posso conversar sobre a minha diabetes			X		
44- Os meus pais ficam zangados se eu não trato da diabetes					X
45- Se os resultados das pesquisas estão muito altos nós pesquisamos a acetona	X				
46- A minha família fala (conversa) sobre diabetes			X		
47- Os meus pais têm medo de me injectar a insulina					X

Anexo I – Escala APGAR (2) (Família Lopes)

APGAR Familiar de Smilkstein			
APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
 Algumas vezes: 1 ponto
 Quase nunca: 0 pontos

Avaliação final:

7 a 10 – Família altamente funcional
 4 a 6 – Família com moderada disfunção
 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Anexo J - Escala DFBS (2) (Família Lopes)

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 73

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR PARA ADOLESCENTES COM DIABETES

Lê cada frase com atenção e assinala a resposta que melhor descreve o que acontece na tua família. Não há respostas certas ou erradas. Se não tiveres a certeza, marca o que achas que é mais verdade.

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
1- Os meus pais vêm-me a fazer as pesquisas		X			
2- Quando há algum problema com a diabetes telefonamos ao médico			X		
3- A minha mãe decide o que eu como	X				
4- Os meus pais compreendem o que sinto sobre a diabetes	X				
5- Peço conselhos aos meus pais sobre a diabetes	X				
6- Os meus pais falam sobre a minha diabetes	X				
7- Nós sabemos quando há problemas com a minha diabetes	X				
8- Os meus pais fazem coisas pela minha diabetes que eu poderia fazer sozinho	X				
9- Os meus pais lêem coisas sobre diabetes	X				
10- Os meus pais lembram-me para fazer as pesquisas			X		
11- Os meus pais encorajam-me a fazer exercício todos os dias		X			
12- Os meus pais compram doces para a família		X			
13- Os meus pais oferecem-me prendas por tratar da diabetes					X
14- Em casa comem coisas que não fazem parte da minha dieta					X
15- A diabetes faz os meus pais andarem nervosos			X		
16- Os meus pais fazem-me as pesquisas			X		
17- Quando ando com os valores altos durante vários dias, não fazemos nada, esperamos até à próxima consulta					X
18- Só telefonamos ao médico ou enfermeira quando os meus diabetes estão mesmo muito mal	X				

74 P. ALMEIDA & M. G. PEREIRA

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
19- Trato sozinho da diabetes					X
20- Os meus pais estão sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina	X				
21- Os meus pais anotam os resultados das pesquisas		X			
22- Os meus pais ouvem as minhas opiniões sobre o tratamento	X				
23- Se não temos a certeza do que fazer falamos com o médico	X				
24- Os meus pais discutem quando tenho que cumprir a dieta				X	
25- A minha família faz as refeições a horas certas	X				
26- Os meus pais parece que tem vergonha por eu ter diabetes					X
27- Os meus pais ouvem as minhas queixas e preocupações por ter diabetes	X				
28- Os meus pais fazem os meus lanches	X				
29- Os meus pais preparam a insulina	X				
30- Os meus pais fazem-me sentir bem por eu tratar da diabetes	X				
31- Os meus pais dão-me a insulina	X				
32- Fico com vergonha quando os meus pais falam com outras pessoas sobre a minha diabetes			X		
33- Quando saímos para almoçar ou jantar, eu escolho do menu os alimentos que posso comer	X				
34- Outras pessoas da família comem doces à minha frente			X		
35- Sinto-me sozinho no que respeita a diabetes					X
36- Os meus pais querem que eu faça as mesmas coisas que os outros	X				
37- Os meus pais acham que ainda não estou capaz de fazer as pesquisas			X		
38- Os meus pais estão sempre prontos a ajudar-me no que preciso sobre a diabetes	X				
39- Os meus pais estão sempre a dizer-me para ter cuidado, como se estivesse doente			X		

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 75

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
40- Os meus pais lembram-me de tomar a insulina	X				
41- Só me preocupo com os resultados das pesquisas quando começo a sentir-me mal		X			
42- Os meus pais sabem de que modo trato da diabetes	X				
43- Na minha família há alguém com quem posso conversar sobre a minha diabetes	X				
44- Os meus pais ficam zangados se eu não trato da diabetes		X			
45- Se os resultados das pesquisas estão muito altos nós pesquisamos a acetona	X				
46- A minha família fala (conversa) sobre diabetes	X				
47- Os meus pais têm medo de me injectar a insulina					X

Anexo K - Escala DFBS (2) (Família Costa)

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 73

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR PARA ADOLESCENTES COM DIABETES

Lê cada frase com atenção e assinala a resposta que melhor descreve o que acontece na tua família. Não há respostas certas ou erradas. Se não tiveres a certeza, marca o que achas que é mais verdade.

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
1- Os meus pais vêm-me a fazer as pesquisas		X			
2- Quando há algum problema com a diabetes telefonamos ao médico			X		
3- A minha mãe decide o que eu como			X		
4- Os meus pais compreendem o que sinto sobre a diabetes			X		
5- Peço conselhos aos meus pais sobre a diabetes			X		
6- Os meus pais falam sobre a minha diabetes		X			
7- Nós sabemos quando há problemas com a minha diabetes		X			
8- Os meus pais fazem coisas pela minha diabetes que eu poderia fazer sozinho			X		
9- Os meus pais lêem coisas sobre diabetes					
10- Os meus pais lembram-me para fazer as pesquisas					
11- Os meus pais encorajam-me a fazer exercício todos os dias		X			
12- Os meus pais compram doces para a família			X		
13- Os meus pais oferecem-me prendas por tratar da diabetes				X	
14- Em casa comem coisas que não fazem parte da minha dieta				X	
15- A diabetes faz os meus pais andarem nervosos			X		
16- Os meus pais fazem-me as pesquisas			X		
17- Quando ando com os valores altos durante vários dias, não fazemos nada, esperamos até à próxima consulta					X
18- Só telefonamos ao médico ou enfermeira quando os meus diabetes estão mesmo muito mal				X	

74 P. ALMEIDA & M. G. PEREIRA

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
19- Trato sozinho da diabetes			X		
20- Os meus pais estão sempre com cuidado para que eu não deixe de tomar insulina				X	
21- Os meus pais anotam os resultados das pesquisas			X		
22- Os meus pais ouvem as minhas opiniões sobre o tratamento		X			
23- Se não temos a certeza do que fazer falamos com o médico		X			
24- Os meus pais discutem quando tenho que cumprir a dieta					X
25- A minha família faz as refeições a horas certas		X			
26- Os meus pais parece que tem vergonha por eu ter diabetes					X
27- Os meus pais ouvem as minhas queixas e preocupações por ter diabetes			X		
28- Os meus pais fazem os meus lanches			X		
29- Os meus pais preparam a insulina			X		
30- Os meus pais fazem-me sentir bem por eu tratar da diabetes	X				
31- Os meus pais dão-me a insulina				X	
32- Fico com vergonha quando os meus pais falam com outras pessoas sobre a minha diabetes					X
33- Quando saímos para almoçar ou jantar, eu escolho do menu os alimentos que posso comer			X		
34- Outras pessoas da família comem doces à minha frente	X				
35- Sinto-me sozinho no que respeita a diabetes				X	
36- Os meus pais querem que eu faça as mesmas coisas que os outros	X				
37- Os meus pais acham que ainda não estou capaz de fazer as pesquisas					X
38- Os meus pais estão sempre prontos a ajudar-me no que preciso sobre a diabetes		X			
39- Os meus pais estão sempre a dizer-me para ter cuidado, como se estivesse doente				X	

ESCALA COMPORTAMENTAL DE SUPORTE SOCIAL FAMILIAR 75

	Sempre	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca	Nunca
40- Os meus pais lembram-me de tomar a insulina				X	
41- Só me preocupo com os resultados das pesquisas quando começo a sentir-me mal				X	
42- Os meus pais sabem de que modo trato da diabetes	X				
43- Na minha família há alguém com quem posso conversar sobre a minha diabetes			X		
44- Os meus pais ficam zangados se eu não trato da diabetes					X
45- Se os resultados das pesquisas estão muito altos nós pesquisamos a acetona	X				
46- A minha família fala (conversa) sobre diabetes			X		
47- Os meus pais têm medo de me injectar a insulina					X

Anexo L - Divulgação do Projeto em Contexto de Seminário



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DECLARAÇÃO

Declara-se que ANA CRISTINA MENDES BEJA colaborou como convidada na aula da u.c. Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, em associação, da área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, apresentando parte do seu projeto de tese, subordinado ao tema “*A Consulta de Diabetes na Infância*”, no dia 15 de janeiro de 2026, com a duração de 2 horas.

Divisão de Apoio Técnico-Administrativo, 13 de março de 2026

A Regente da Unidade Curricular

Profª Doutora Maria Antónia Chora

Anexo M - Seminário “CUIDADOS COM OS PÉS NA PESSOA COM DIABETES

	UNIVERSIDADE DE ÉVORA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
	DECLARAÇÃO
	Declara-se que a Enfermeira Ana Cristina Beja , colaborou na Unidade Curricular "Enfermagem Comunitária", da Licenciatura em Enfermagem, com a realização de um Seminário sobre " Cuidados aos Pés da Pessoa com Diabetes, na Consulta de Enfermagem, nos Cuidados de Saúde Primários ", no dia 7 de novembro de 2025, num total de 2h.
	ESESJD/UÉ, 10 de novembro de 2025.
	A Diretora do Departamento  (Professora Doutora Maria Margarida da Palma Goes)

Anexo N - Seminário “Diabetes na Infância”



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Cristina Mendes Beja**, lecionou um seminário
“Diabetes na Infância” integrado na Unidade Curricular SAÚDE
INFANTIL do Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º
Ciclo do Ensino Básico, da Universidade de Évora, no dia 7 de
janeiro de 2025, com uma duração de 2 horas.

Pelo Diretor

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus



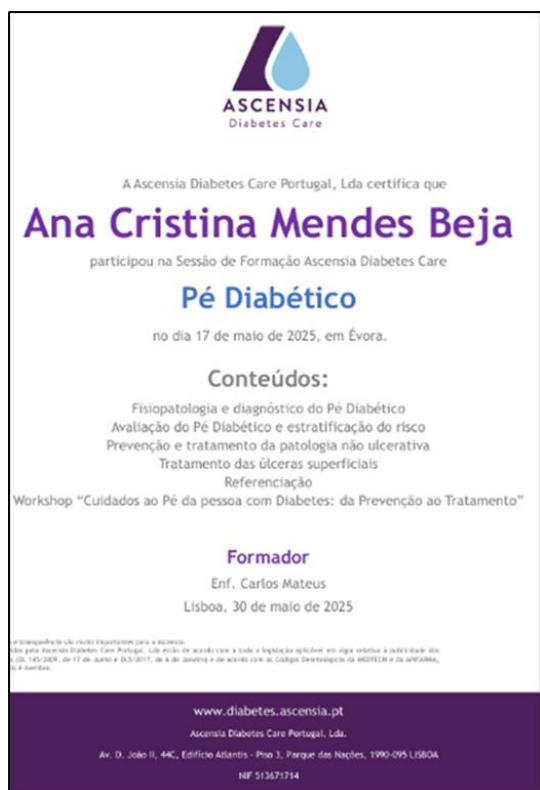
UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Professora Doutora Maria do Céu Marques

Anexo O - OPEN DAY “A OBESIDADE EM IDADE PEDIÁTRICA”



Anexo P - CICLO DE WEBINARES



Anexo Q - VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar



Anexo R - Sustentabilidade em Saúde e Diabetes um Nome para Muitas Doenças



Diabetes – Um nome para muitas doenças
— Certificado de Participação

EMITIDO POR:
Hospital da Luz Learning Health
Avenida Lusíada 100 Edifício C, Piso -1
1500-650 Lisboa



NOME
Ana Cristina Mendes Beja

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
11423144

CÓDIGO DE CERTIFICADO
C-681fc232a58d5

Evento
Diabetes – Um nome para muitas doenças
10-10-2025 09:00 → 10-10-2025 18:00 - Duração: 7:30 horas

A Diabetes mellitus resulta de uma diversidade de mecanismos fisiopatológicos. A apresentação clínica e a abordagem terapêutica são, por esse motivo, muito variados. A necessidade de uma visão abrangente torna-se cada vez mais importante.

Objetivos
Com este evento pretende-se promover a:

Anexo S – Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros



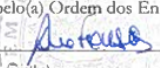
Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Cristina Mendes Beja natural de Évora nascida em 01/03/1978, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 11423144 válido até 30/08/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, em 25/03/2025, com a duração de 15:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	7:00	-
Qualidade em Saúde	3:00	-
Construção de Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade	5:00	-

Lisboa, 22 de abril de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional


(Assinatura e selo branco ou d'ámbio)

Certificado n.º 736/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010