INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PROCESSO DE TRANSIÇÃO FAMILIAR PERANTE A PESSOA COM CANCRO DE MAMA- UM DESAFIO AO ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR

Katia Da Costa

junho, 2024

Escola Superior de Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama- um desafio ao Enfermeiro de Saúde Familiar

I Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

junho, 2024

AGRADECIMENTOS

Seria impensável não iniciar os meus agradecimentos à Professora Doutora Manuela Cerqueira. Pelo carinho, pela calma, pelo incentivo, e por me guiar incessantemente!

À Enfermeira Cláudia, pelo apoio, pelo crescimento e pela compreensão neste percurso.

Às USF, particularmente onde desenvolvi o meu estágio e onde trabalho diariamente, pela compreensão face à azáfama de todo este processo.

À minha Mãe, e ao Zé, por me lembrarem sempre que os sonhos são para serem conquistados, e por terem sido e serem o meu grande pilar. Sem eles, jamais teria conseguido.

À minha Carolina, que nem sempre percebeu as minhas longas ausências, e que um dia lhe explicarei que não se desiste do que queremos e acreditamos!

Ao meu irmão e aos meus sobrinhos, por nunca terem cobrado a minha pouca disponibilidade.

Às minhas colegas Sónia e Carla, pela escuta dos desabafos, dúvidas, pela troca de experiências e conquistas… Realmente, valeu a pena "Nas que nos metemos"!

Ao Joaquim, pela luz que emanava e me guiou nos momentos mais desafiantes.

Finalmente, e não menos importante, a todas as famílias que contribuíram para o meu crescimento,

GRATA por tudo!

DEDICATÓRIA

À minha filha Carolina e à minha Mãe.

À memória do Joaquim.

A todas as famílias que cuido diariamente

PENSAMENTO

"O fim de uma viagem é apenas o começo de outra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na primavera o que se vira no verão, ver de dia o que se viu de noite, com o sol onde primeiramente a chuva caía, ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava. É preciso voltar aos passos que foram dados, para repetir e traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. Sempre."

José Saramago

RESUMO

Os cuidados de saúde familiares são uma abordagem que promove a qualidade de vida da família, entendendo o conceito de saúde familiar como a capacidade da família em mobilizar recursos relacionais e afetivos. Numa situação de doença, dá-se a rutura com toda uma vida anterior à mesma, exigindo daí uma difícil adaptação à sua nova situação social, familiar e espiritual, que implica um processo de reajustamento da sua estrutura, papéis, padrões de comunicação e das relações afetivas dos seus membros. Assim, cuidar numa perspetiva de cuidados de saúde familiares numa situação de doença, envolve compromisso, disponibilidade, criação de laços de confiança, comunicação e interação, apoio, gestão de sintomas e das perdas e trabalho em equipa.

Neste sentido, tendo como objetivo desenvolver competências especializadas no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar e dando continuidade ao processo de ensino/aprendizagem, a opção recaiu em efetuar um Estágio de Natureza Profissional numa unidade de saúde familiar pertencente à Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Para o atingimento das competências especializadas transferiram-se os conhecimentos adquiridos em sala de aula para o contexto real, recurso a evidências científicas, bem como, a aplicação de tomada de decisão de forma crítica e reflexiva, tendo em conta a obtenção de ganhos em saúde.

O estudo de investigação debruçou-se sobre uma necessidade do contexto da prática clínica e versou na temática: processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama - um desafio ao Enfermeiro de Saúde Familiar. Tem a finalidade em facilitar no processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama e proporcionar as mudanças/inovação nos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar. Verificamos, que o surgimento do cancro de mama numa família e seu consequente processo adaptativo, desencadeia uma série de alterações, nomeadamente, na dinâmica familiar. Assim, o enfermeiro de família tem a (co)responsabilidade de avaliar as famílias, identificando conjuntamente pontos fortes, fraquezas, potencialidades e necessidades das mesmas, para a co-criação de um plano de intervenção pautado pela visão holística e humanização dos cuidados. A nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procuramos ser facilitadores da aprendizagem em contextos de trabalho e a nível da gestão intervimos a nível das decisão, planeamento, liderança e gestão dos recursos. A nível do desenvolvimento de competências específicas, a nossa prática clínica assentou nas competências emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente cuidar da família enquanto unidade de cuidados e, de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção,

e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, adotando uma perspetiva salutogénica.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; competências especializadas; transição Familiar; mulher com cancro de mama.

ABSTRACT

Family health care is an approach that promotes the family's quality of life by understanding the concept of family health as the family´s ability to mobilize relational and affective resources. In a situation of illness, there is a rupture with the entire life prior to the illness, resulting in a difficult adaptation to the new social, family, and spiritual situation, which implies a process of readjustment of the structure, roles, communication patterns, and affective relationships of its members. Thus, caring from a family health care perspective in a situation of illness involves commitment, availability, creation of trust bonds, communication and interaction, support, symptom and loss management, and teamwork.

In this sense, aiming to develop specialized skills in the field of Family Health Nursing and continuing the teaching/learning process, the option was to undertake a Professional Internship in a family health unit belonging to the Local Health Unit of Alto Minho. To achieve specialized competencies, the knowledge acquired in the classroom was transferred to the real context, using scientific evidence, as well as applying decision- making in a critical and reflective manner to achieve health gains.

The research study focused on a need in the clinical practice context and addressed the theme: The family transition process for people with breast cancer– a challenge for the Family Health Nurse. Its purpose is to facilitate the family transition process for the person with breast cancer and to bring about changes/innovations in Family Health Nursing care. We observed that the emergence of breast cancer in a family and its consequent adaptive process triggers a series of changes, particularly in family dynamics. Thus, the family nurse has the (co)responsibility to assess families, jointly identifying their strengths, weaknesses, potentialities, and needs, for the co-creation of an intervention plan based on a holistic vision and humanization of care. In terms of professional learning development, we seek to be facilitators of learning in work contexts, and at the management level, we intervene in decision-making, planning, leadership, and resource management. In the development of specific competencies, our clinical practice was based on the competencies issued by the Order of Nurses, namely caring for the family as a unit of care and each of its members throughout the life cycle and at different levels of prevention, and leading and collaborating in intervention processes in the scope of Family Health Nursing, adopting a salutogenic perspective.

Keywords: Family Health Nursing; specialized skills; family transition; woman with breast cancer.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

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

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CILE – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EF – Entrevista Familiar

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ICN – Internacional Council Nurse

IDG – Índice de Desempenho

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ULSAM, EPE – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial

SUMÁRIO

RESUMO ..... **V**
ABSTRACT ..... **VII**
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS ..... **IX**
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E DIAGRAMAS ..... **XII**
INTRODUÇÃO **1**
1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA **5**
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ULSAM 6
1.2. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO 9
1.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO 12
2. INVESTIGAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR **17**
2.1. INTRODUÇÃO 18
2.2. REFERENCIAIS TEÓRICOS 20
2.2.1 A Pessoa com cancro de mama – impacto na vivência familiar 20
2.2.2. O processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama. 23
2.2.3. Modelos teóricos subjacentes ao processo de transição 26
2.2.4. Estratégias de coping de adaptação familiar à pessoa com cancro de mama 30
2.3. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE FAMILIAR 31
2.3.1 Filosofia e evolução dos Cuidados de Saúde Primários 32
2.3.2 Enfermagem de Saúde Familiar, evolução e princípios – intervenção do enfermeiro 34
2.3.3 Cuidar da família da pessoa com cancro de mama no domicílio 37
2.4. PERCURSO METODOLÓGICO 38
2.5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 46
2.6. CONCLUSÕES DO ESTUDO 82
3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA **85**
3.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR 86

3.1.1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção 87
3.1.2. Lidera e coopera em processos de intervenção 95
3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 99
3.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 99
3.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade 101
3.2.3. Domínio da gestão dos cuidados 103
3.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 105
CONCLUSÃO GERAL E SUGESTÕES 107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 111
ANEXOS 123
ANEXO I - Escala de Graffar- Classificação social da família 124
ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde 127
APÊNDICES 130
Apêndice 1- Declaração de CILE 131
Apêndice 2- Guião da entrevista 133
Apêndice 3- Pedido de realização de estudo de investigação à coordenadora da USF 136
Apêndice 4 - Pedido de realização de estudo de investigação à Enfermeira em funções de chefia do Centro de Saúde 138
Apêndice 5 – Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de análise 140
Apêndice 6 – Avaliação familiar: operacionalização na prática clínica 154

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E DIAGRAMAS

FIGURAS

Figura 1 – Distribuição por género e idade dos utentes inscritos na USF 10

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide etária por sexo do ficheiro da enfermeira tutora 13

QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de utentes por Programa de Saúde 14
Quadro 2 – Caracterização dos participantes no estudo 42
Quadro 3 – Áreas temáticas emergentes 47
Quadro 4 – Caso clínico 1 95
Quadro 5 – Caso clínico 2 97

DIAGRAMAS

Diagrama 1 - Processo de perdas na transição familiar relatado pela pessoa com cancro de mama e família 48
Diagrama 2 – Sentimentos e emoções experienciados no processo de transição familiar perante o diagnóstico de cancro de mama 51
Diagrama 3 - Reações face ao diagnóstico de cancro de mama da mulher e do cônjugue . 52
Diagrama 4 - Perceção das repercussões dos tratamentos oncológicos sobre a imagem corporal da mulher 54
Diagrama 5 - Pessoa com cancro de mama e implicações na dinâmica familiar 55
Diagrama 6 - Necessidades da família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama 58
Diagrama 7 – Dificuldades enfrentadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama 60
Diagrama 8 – Estratégias mobilizadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama 62
Diagrama 9 - Avaliação da experiência de vida da família perante o diagnóstico de cancro de mama 67
Diagrama 10 - Expectativas da família acerca dos cuidados do enfermeiro de família perante o diagnóstico de cancro de mama 69

Diagrama 11 - Propostas de melhoria verbalizadas pela família relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama 71

INTRODUÇÃO

Na atualidade, temos vindo a assistir a alterações na constituição familiar, resultado do envelhecimento populacional, das migrações, da mobilidade social, da assimilação de novos valores e atitudes, entre outros aspetos. Todas estas alterações têm provocado também, transformações no domínio das relações pessoais, sociais, económicas e afetivas entre os seus membros, particularmente entre as gerações mais jovens e as mais idosas. A família, sendo a entidade social mais antiga, tem passado por profundas mudanças, contudo, não deixou de ter um papel fundamental no desenvolvimento e na socialização dos seus membros, já que é o lugar onde cada membro procura estabilidade e apoio para ultrapassar as dificuldades que surgem ao longo da sua vida.

Torna-se importante ressalvar que as funções da família se regem por dois grandes objetivos, nomeadamente, a proteção psicossocial dos seus membros e a acomodação a uma cultura e sua transmissão. De acordo com Caiola (2018), é no contexto familiar que se desenvolvem todas as capacidades de sobrevivência, apoio emocional, físico e económico.

Salienta-se que a família vai construindo ao longo do tempo o seu equilíbrio e que perante uma situação de crise, surge uma mudança significativa no seu sistema familiar, com compromisso dessa homestasia familiar. Refere Figueiredo (2012) que qualquer alteração que surja em um dos membros, altera o todo familiar, provocando mudança no seu equilíbrio e dinâmica. Neste sentido, realça-se que a preocupação de integrar a família como foco de atenção de Enfermagem começou muito cedo, desde Florence Nightingale. Assim, a saúde familiar, define-se por "um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar" (Hanson, 2005, p.7), onde o enfermeiro 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" (Decreto-Lei nº 118/2014). O enfermeiro de família deve, por conseguinte, focar a família na sua multidimensionalidade, considerando a sua identidade e singularidade.

Todas estas conjeturas, acarretaram novas metas para a saúde, tornando-se a família um grande foco dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários. Neste sentido, a abordagem da enfermagem familiar deve concentrar-se simultaneamente na pessoa e na família, entendida como um sistema interativo, no qual o todo é mais do que a soma de todas as partes, ou seja, as interações familiares tornam-se no alvo das intervenções resultantes da avaliação de Enfermagem (Hanson, 2005).

Segundo Figueiredo, o conceito de saúde familiar traduz-se "na capacidade do sistema familiar em promover estratégias que permitem a sua funcionalidade enquanto unidade,

mantendo a sua organização e produzindo mudanças estruturais, e simultaneamente, dar resposta às necessidades individuais dos seus membros" (2012, p.68).

Enquanto enfermeira nos cuidados de saúde primários, verifica-se que é cada vez mais frequente na vida das pessoas e das famílias a patologia oncológica, trazendo consigo uma avalanche de mudanças, e um impacto brutal em quem o vivencia na primeira pessoa, bem como no seio familiar (Barbosa et al., 2016), com forte potencial para desencadear uma crise familiar. Esta patologia assume-se como a patologia de maior incidência mundial, não sendo exceção em Portugal. Aqui, o cancro da mama assume uma posição de destaque, por ser o mais incidente nas mulheres, com o aparecimento de 8954 novos casos no ano de 2022 (World Health Organization, 2022).

Numa perspetiva sistémica, entende-se que o que afeta uma parte do sistema, influencia as demais que o constituem. Assim, perante a vivência um evento de saúde/doença, nomeadamente de cancro de mama, todos os membros são afetados, desencadeando-se uma transição saúde-doença, com potencial de criar tensão na mesma (Kaakinen et al., 2018; Figueiredo, 2023).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define crise familiar como "desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família" (ICN, 2019, sp). Acrescenta ainda ao conceito a dificuldade familiar na resolução de problemas, no reconhecimento de situações de mudança, recursos internos e redes externas de apoio, bem como na presença de ambiente tenso e comunicação familiar ineficaz.

Face à incapacidade de um dos membros da família, é esta, na maioria dos casos, que funciona como primeiro agente de autocuidado. As necessidades advindas deste processo de transição de saúde-doença, vêm no sentido de restabelecer a saúde e melhorar a qualidade de vida do membro afetado, bem como, de redesenhar a dinâmica da família, para que esta possa continuar a funcionar (Figueiredo, 2012). O enfermeiro de saúde familiar surge assim, como o profissional de referência na prestação direta de cuidados ao indivíduo e família ao longo do ciclo vital. Destaca-se a sua parceria com as famílias na determinação e mobilização de recursos internos, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-ativos ao longo da evolução do ciclo vital familiar (Figueiredo et al., 2023). Kaakinen et al. (2018) acrescenta que compete ao enfermeiro ajudar a família a encontrar os agentes potenciadores de stress e as forças da mesma, e em conjunto, planearem intervenções que supram as necessidades identificadas, com vista no restabelecimento da homeostasia familiar.

Enquanto profissional de proximidade da família, a intervenção do Enfermeiro de família vai muito para além da estrutura do centro de saúde, assumindo o local onde a família habita, um local rico e de eleição para conhecer e intervir com a família (Figueiredo et al., 2023). A visita domiciliária surge como oportunidade de avaliação do meio físico, familiar e social, bem como observar e percecionar aspetos fundamentais com os determinantes no processo de saúde-doença que podem ser facilitadores ou dificultadores em processos de transição (Mudarra-Garcia et al., 2022; Shajani & Snell, 2023). Assim, partindo de todos estes pressupostos e da nossa experiência pessoal e profissional, é primordial que os enfermeiros desenvolvam capacidades especiais, conhecimentos e atitudes (Achora & Labrague, 2019).
Também, a Ordem dos Enfermeiros (OE), refere no Regulamento nº 428/2018 que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, assume responsabilidades acrescidas nesta área, cujas competências especificas estão identificadas:

> "1- Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção."
> "2- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar."

O regulamento n.º 140/2019, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, enfatiza que os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, exigem competência técnica, científica e humana, pelo que a especialização é uma condição para a prestação de cuidados diferenciados e cada vez mais complexos.
Importa salientar que o estágio desenvolvido no segundo semestre, do primeiro ano, do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar se tornou essencial para o desenvolvimento de competências especificas em contexto da prática clínica, na medida em que tal como menciona Rosa et al. (2022), o desenvolvimento de competências transcende o conhecimento técnico e teórico, sendo preciso estratégias curriculares que envolvam o contacto direito com a realidade.
Neste sentido, tendo como objetivo desenvolver competências especializadas no âmbito da enfermagem de saúde familiar a opção para o segundo ano do curso, recaiu em efetuar um Estágio de Natureza Profissional (ENP), Assim, o presente relatório de ENP procura expressar de forma objetiva, crítica, analítica todas as atividades realizadas no seu decurso, inserida no 2º ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto

Politécnico de Viana do Castelo e aprovado mediante Despacho n.º 2555/2022, do Diário da República, e retificado pelo Despacho n.º 6716/2023 (Despacho n.º 2555/2022; Despacho n.º 6716/2023). Iniciou-se a 3 de outubro 2023 e 29 de março 2024, com uma carga de 390 horas de contacto e 810 horas totais de trabalho, correspondendo a 30 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System), e em conformidade com o despacho citado, e desenvolveu-se numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente à Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Estruturalmente, este relatório apresenta no primeiro capítulo a contextualização da prática clínica, onde se realiza a caracterização da comunidade, a caracterização do local de estágio e o diagnóstico de situação. O segundo capítulo versa sobre o estudo de investigação intitulado "Processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama- um desafio ao Enfermeiro de Saúde Familiar". No terceiro e último, é explorado de forma crítica-reflexiva o desenvolvimento das atividades e competências específicas do enfermeiro especialista Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) e competências comuns do Enfermeiro Especialista ao longo do percurso académico.

1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A realização de um estágio surge como um processo de desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, que favorece a aquisição de autonomia, o domínio da prática clínica, o pensamento crítico e a tomada de decisão baseada em evidência, contribuindo deste modo, para a melhoria da qualidade de cuidados. Cada vez mais nos deparamos com situações clínicas que exigem cuidados de grande complexidade e especializados e, como tal, a presença de enfermeiros especialistas nos contextos da prática (OE, 2021).

Desta forma, a realização do ENP constitui-se num momento de transferência de conhecimentos adquiridos em sala de aula para o contexto real, bem como, a aplicação de tomada de decisão de forma crítico-reflexiva tendo em conta a obtenção de ganhos em saúde. De seguida passa a caracterizar-se o contexto do estágio de natureza profissional.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ULSAM

Para prestar cuidados que respondam às necessidades presentes da população, é indispensável identificar alguns aspetos, nomeadamente: demografia, condições socioecónomicas, recursos e serviços disponíveis.

Focando-nos no conceito de determinantes de saúde enquanto fatores concorrentes para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pela variação da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável, tornou-se fundamental atender aos aspetos acima mencionados.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, classifica os determinantes de saúde em demográficos, sociais, económicos, ambientais, biológicos, comportamentais e relacionados com o sistema de saúde e prestação de cuidados (Portugal, 2022). Assim, tendo por base os determinantes elencados nos Censos 2021, disponíveis na plataforma do Instituto Nacional de Estatística (INE), na base de dados PORDATA, e no Perfil Local de Saúde (PLS) 2018 do Alto Minho, passamos à caraterização do contexto do estágio de natureza profissional:

Determinantes demográfica e acessibilidade: O concelho da área de influência da ULSAM localiza-se no litoral norte de Portugal continental, integra a sub-região do Alto Minho e pertence ao distrito de Viana do Castelo.

Estima-se que o concelho, com uma área aproximada de 137km^2, tenha uma densidade populacional de 117,40 habitantes/km2, o equivalente a 16033 habitantes: 53,8% do sexo feminino e 61,91% do sexo masculino. Em comparação com os dados dos Censos 2011, verificou-se um decréscimo de 5,1% da sua população. Contudo, é notório um aumento

significativo de habitantes estrangeiros (293 em 2011 vs. 747 em 2022). Sobre este dado demográfico é importante ressalvar que podem não corresponder à realidade, na medida que muitos estrangeiros se encontram em processo de legalização, e por tal, não contabilizados.
A faixa etária predominante na sua população residente é dos 25-64 anos, que corresponde a 50,3% da população total, seguida da faixa etária dos 65 e mais anos, com 30,0%. Trata-se, portanto, de uma população envelhecida: índice de envelhecimento correspondente a 272 por cada 100 jovens, um índice bastante superior ao panorama nacional (183).
Estima-se que a população esteja distribuída por 6372 agregados familiar (média de 2,4 elementos por agregado), equivalentes a 14378 alojamentos (Portugal, 2022ª) (FFMS, 2022).
Determinantes socioeconómicas: De acordo com os dados apurados pelos Censos 2021, a população economicamente ativa corresponde a 59,1%, equivalente a 8432 habitantes. Cerca de 6,8% encontra-se em situação de desemprego, sendo a faixa etária dos 15-24 anos a mais atingida. A nível laboral, observa-se predomínio de trabalhadores no sector terciário (70,6%), à semelhança do que acontece da região norte e no continente. O ganho mensal da população foi, em 2021, de 952,8€, valor abaixo do verificado para a região norte (1187,2€), posicionando o concelho no segundo mais baixo de entre os municípios do Alto Minho (FFMS, 2022).
Quanto às pensões sociais, no ano 2022, foram pagas 5184 pensões pela Segurança Social. Destas, 70,7% eram pensões por velhice (n=3663), 23,9% relativas a pensões de sobrevivência (n=1237) e 5,5% por invalidez (n=284). 237 cidadãos beneficiaram do rendimento social de inserção e o rendimento mínimo garantido, e 135 habitantes auferiam o subsídio de desemprego (FFMS, 2022).
Equipamento escolares e escolaridade: O concelho onde se realizou o estágio disponibiliza 9 escolas de ensino básico e 2 escolas com ensino básico e secundário. Tem ainda uma escola profissional ETAP (Escola Tecnológica, Artística e Profissional) e 3 escolas com ensino pré-escolar (jardins de infância).
De acordo com os Censos 2021, a taxa de analfabetismo no concelho é de 2,67%, valor menor quando comparado com o resultado de 4,35% apresentado nos Censos de 2011 (FFMS, 2022).
Determinantes comportamentais: segurança, hábitos e estilos de vida: A qualidade do ar na região do Entre Douro e Minho foi avaliada recentemente em diversos parâmetros como "muito boa" e "boa", e conforme publicação em relatório do Estado do Ambiente em Portugal (Agência Portuguesa do Ambiente, 2023). Com as estatísticas consultadas, apurou-

se que 98% tem acesso a água da rede pública e 82% acede ao sistema de drenagem e águas residuais (FFMS, 2022).

A taxa de criminalidade assume um perfil decrescente (47,2‰ em 2011 vs 41,3‰ em 2022, contudo, permanece acima dos valores nacionais. Destacam-se crimes patrimoniais, contra a integridade física e a condução sob efeito de álcool acima de 1,2g/l. Este último, com uma taxa de 4,5‰, apresentando o dobro do valor nacional (FFMS, 2022).

Conforme o PLS 2018 do Alto Minho, o diagnóstico de excesso de peso acomete 11,8% da população, abaixo das proporções para a região norte e continente. O consumo de substâncias – álcool, tabaco e drogas – é predominantemente no sexo masculino. O abuso crónico de álcool tem uma taxa de 1,9%, ligeiramente acima do valor continental (1,6%).

Em 2022, houve uma aposta em atividades e equipamentos desportivos no município de cerca de 16,8€ por habitante, sendo um valor consideravelmente abaixo do observado na região norte, e a nível nacional (35,2€ e 37,2 €, respetivamente) (Portugal, 2022ª).

Determinantes relacionados com sistemas de saúde e prestação de cuidados: Neste concelho existem 5 farmácias, o que equivale a 0,3 farmácias/1000 habitantes. Em 2022, observou-se um rácio de 3,7 enfermeiros e 5,5 médicos/1000habitantes, sendo estes valores inferiores a outros municípios da região norte (FFMS, 2022).

Determinantes relacionadas com recursos de saúde: A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM, EPE) tem área geográfica de 2.118,8 $Km^{2,}$ com abrangência dos 12 concelhos do distrito de Viana do Castelo, equivalente a 108355 residentes em 2021. Constitui-se por 12 Centros de Saúde (CS), organizados em 32 unidades funcionais das quais: 17 USF Modelo B; 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); 12 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e 1 Unidade de Saúde Pública (Portugal, 2024). Estas diferentes tipologias de unidades (USF e UCSP) prestam serviços na área dos Cuidados de Saúde Primários e são constituídas por equipas multiprofissionais que prestam cuidados a pessoas e famílias, nos diferentes níveis de prevenção (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

A ULSAM integra ainda as unidades hospitalares – Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo) e o Hospital Conde dos Bertiandos (Ponte de Lima).

No Centro de Saúde onde se realizou o estágio, existem 3 unidades funcionais, das quais 2 USF e uma UCC. Disponibiliza serviço de atendimento complementar, com o propósito de prestar cuidados à população por motivos de doença aguda e/ou necessidade de cuidados inadiáveis aos fins-de-semana e feriados, entre as 8 e as 20 horas.

De entre as unidades que constituem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, neste concelho localiza-se uma unidade com a lotação máxima de 40 camas (unidade de média duração e reabilitação e unidade de longa duração e manutenção, com 20 camas para cada tipologia).

O município tem ainda 5 laboratórios de análises clínicas, 2 centros de medicina física e reabilitação convencionados com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), 5 farmácias, 2 corporações de bombeiros e um posto de Guarda Nacional Republicana.

Este concelho apresenta determinantes de saúde favorecedoras de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade à população.

1.2. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Integrada na ULSAM, a USF onde se realizou o estágio inaugurou-se a 27 de dezembro de 2021 e iniciou o seu funcionamento de acordo com o modelo organizativo de USF modelo A. Conforme a Portaria nº 454-A/2023, de 28 de dezembro de 2023, a presente USF transitou para o modelo B, a partir de 1 de janeiro de 2024.

A USF partilha o espaço físico com outras unidades do CS, e possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde, individuais e familiares à população inscrita.

A equipa de saúde oferece resposta de saúde a 9493 utentes: 4402 do sexo masculino (47%) e 5091 do sexo feminino (53%). A população é predominantemente idosa (30,4%; 2837 utentes com idade igual ou superior a 65 anos). 6081 utentes têm idade compreendida entre os 7 e 64 anos (65,2%), e 409 utentes são crianças dos 0 até aos 7 anos (4,4%).

O índice de dependência da população inscrita na presente USF, apresenta um score de 70,13%: 18,32% associado aos jovens, e 51,81% advindos da população idosa (Figura 1).

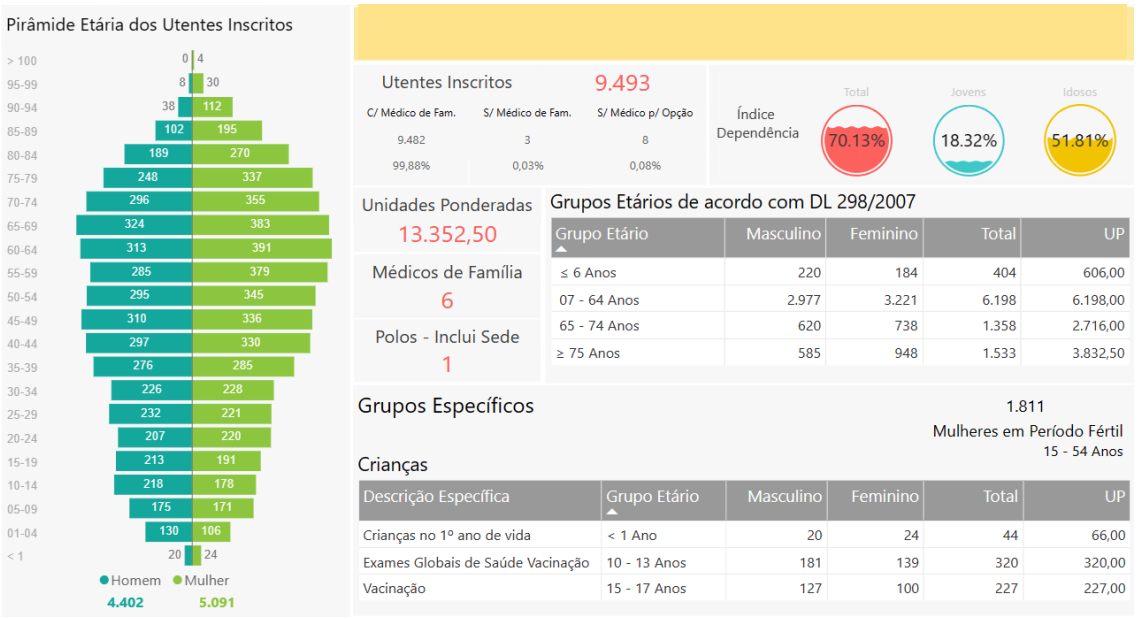


Figura 1- Distribuição por género e idade dos utentes inscritos na USF

Fonte: BI CSP, 2023.

Relativamente à natalidade, verifica-se um decréscimo desta, de 2011 para 2021, verificando-se 124 nascimentos em 2011 face a 97 em 2021. De acordo com os dados da PORDATA, verifica-se uma menor a taxa natalidade neste concelho em 2022 (6,1‰), ligeiramente abaixo da taxa verificada para o Alto Minho (taxa = 6,7‰) (FFMS, 2022). O número de estimado de óbitos foi de 215 em 2011, comparativamente a 211, no ano 2021. A taxa de mortalidade bruta em 2022 foi de 13,2‰, também ligeiramente abaixo da taxa apurada no Alto Minho (14,2‰). Relacionando a taxa de natalidade e mortalidade, é possível observar que o saldo natural da população é negativo (-114), que se traduz no declínio demográfico para a região, à semelhança do observado na população do continente (FFMS, 2022).

De acordo com os dados apresentados no PLS de 2018, as principais causas de morte prematuras no Alto Minho no triénio de 2012-2014 foram os tumores malignos, doenças cerebrovasculares e doenças isquémicas do coração. Especificamente, no sexo feminino, o tumor maligno da mama assumiu-se como a primeira causa de morte prematura, com uma taxa de 14,7 mortes/100000 habitantes (Portugal, 2018).

A equipa multidisciplinar, constituída por 6 médicos, 7 enfermeiros, e 5 administrativos, tem como metodologia de trabalho a prestação e cuidados a utentes/família distribuídos por área geográfica, não existindo equipa fixa enfermeiro-médico.

A Unidade beneficia do apoio de uma nutricionista e de uma assistente social da URAP (Unidade de Recursos Assistenciais partilhados). A Unidade de Suporte e Apoio à Gestão (USAG) disponibiliza 3 assistentes operacionais para a USF. A UCC compõe-se de um vasto leque de enfermeiros especialistas, nomeadamente na área da reabilitação, saúde mental e psiquiatria, comunitária e saúde materna e obstetrícia.

Desde já aqui deixo nota de disponibilidade que os demais elementos deste centro de saúde, desde os elementos afetos à URAP, bem como os profissionais da UCC mostraram logo e sempre, ademais um forte espírito de entreajuda e partilha de conhecimentos, desvendando enorme interesse e apreço por este meu percurso de aprendizagem.

A missão desta USF consiste na prestação de cuidados de saúde personalizados à população, em particular à população inscrita. Visa ser uma unidade de prestação de cuidados de excelência, apta a otimizar recursos, na garantia da prestação de serviços com padrões de qualidade técnico-profissional e diferenciação, proporcionando mais e melhor saúde, satisfação e confiança. Tem como princípios gerais a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade da mesma, princípio esses que devem balizar as USF, de acordo com o decreto-lei 103/2023.

Em relação à estrutura orgânica, a USF é constituída pelo Coordenador, Conselho Técnico e pelo Concelho Geral. O Conselho Geral reúne mensalmente, e sempre que se justifique, mediante convocatória do Coordenador, sendo tidas como uma das estratégias desenvolvidas no enlace da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O Conselho Técnico reúne pelo menos uma vez por mês, e ao longo das outras semanas, os seus elementos desenvolvem delineadas na referida reunião conjunta.

Em conformidade com o normativo legal que regula as USF, o regulamento interno descreve o funcionamento e articulação com outras unidade e serviços. Este regulamento, o manual de acolhimento e o manual de procedimentos são tidos como instrumentos estratégicos para o bom funcionamento da unidade de saúde. Para além deste documento, encontra-se também disponível e de acesso à população a carta de compromisso. Nesta, é declarado o compromisso de cumprimento de metas de saúde da população inscrita junto da ULSAM, EPE. Nela estão descritos: serviços da USF (carteira básica de serviços), os padrões de qualidade pela qual se pautam, os problemas e objetivos, as consonantes atividades desenvolver, plano de formação, recursos, Índice de Desempenho Global (IDG), planos de melhoria nas áreas identificadas como suscetíveis e de interesse de maior investimento e por fim, proposta de aplicação de incentivos institucionais.

O IDG possibilita monitorizar (quantificar e qualificar) o desempenho das unidades funcionais, promovendo a concretização de um padrão de melhoria contínua e a diminuição da variabilidade dos resultados alcançáveis, num contexto de se espera de tendencial equidade entre as diferentes tipologias organizacionais. Este índice é obtido através do somatório ponderado dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS_A), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS_S), que resulta da soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS_D). O resultado de cada índice tem um valor compreendido entre 0 e 100 (ACSS, 2023).

A monitorização do desempenho das unidades funcionais é essencialmente realizada pelo Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) e pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), mediada pelo portal Bilhete de Identidade – Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Estas plataformas permitem a monitorização mensal do IDG, e vários indicadores de desempenho assistencial (ACSS, 2023).

Mais se acrescenta, que através da reformulação das USF, de acordo com a portaria nº 411/A-2023, surge o Índice de Desempenho de Equipa (IDE) multiprofissional das USF modelo B, e atribuição dos incentivos institucionais a estas e às UCSP. O seu apuramento consegue-se em função das dimensões de satisfação dos utentes, satisfação dos profissionais e melhoria contínua do desempenho.

1.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O diagnóstico de situação possibilita conhecer e identificar perspetivas, potencialidades, ameaças, oportunidades, bem como, identificar dificuldades e necessidades de um contexto, tendo por base a melhoria continua da qualidade de cuidados.

De acordo Ministério do Trabalho e da Solidariedade/ Secretaria de Estado do Emprego e Formação Profissional, o diagnóstico é um processo que se propõe recolher tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente, para facilitar a caraterização o mais rigorosa possível de uma área geográfica ou organização, permitindo deste modo, que se delineiem objetivos e metas a alcançar em função da informação recolhida. Designado por vezes, como “análise de necessidades, ou seja, como a identificação entre a situação presente e a situação desejada” (p. 6.3, 1999).

A equipa de saúde que integrei, tal como já referi acima, presta cuidados por área geográfica, na qual estão inscritos 1479 utentes. Verifica-se, que a população do sexo feminino é ligeiramente superior à do sexo masculino (833 vs. 646, respetivamente), distribuídos numa pirâmide etária que evidencia uma população envelhecida (base estreita e topo mais largo) (Gráfico 1). A população ativa representa de mais de metade da população inscrita na lista de utentes da enfermeira de família (58,26%).

A percentagem de utentes com idade inferior a 18 anos é de 14,43%, sendo que 0,3% são bebés com menos de 1 ano de vida.

A população de idosos corresponde a 30,88%: 19,27% com idades compreendidas entre os 65 aos 79 anos, e 11,61%, com idade igual ou superior a 80 anos.

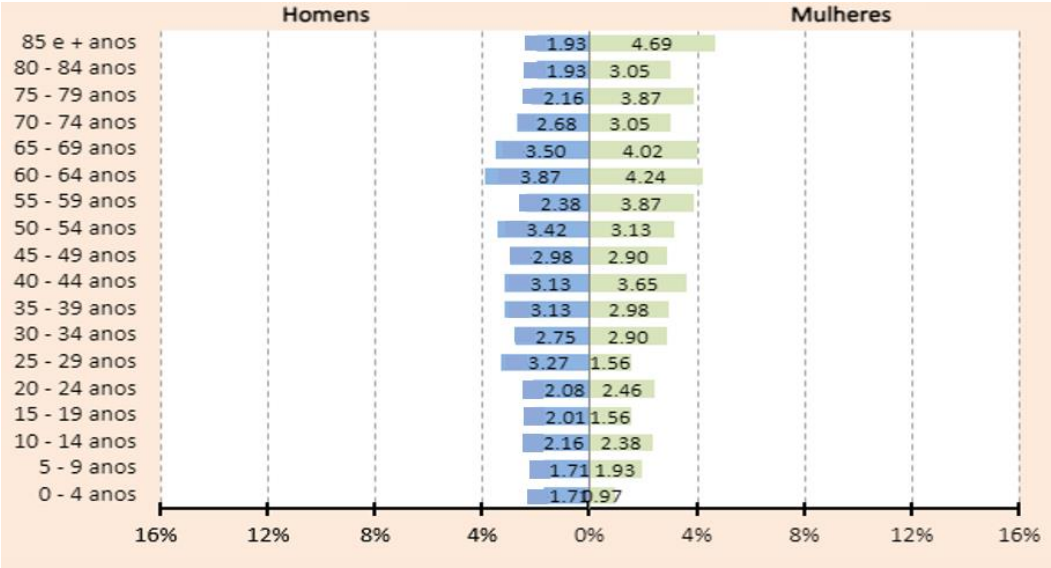


Gráfico 1 – Pirâmide etária por sexo do ficheiro da enfermeira tutora

Ao longo do ENP foi possível verificar que os sistemas de informação e monitorização ainda estão desenhados predominantemente para a classe médica. Não foi possível extrair uma pirâmide etária dos utentes/famílias no programa MIM@UF pois este só permite funcionalidade por "listagem por médico de família" e não por "enfermeiro" ou "área geográfica", sem ter associado um médico. Assim, verifica-se um esforço e trabalho acrescido para o enfermeiro de família quando pretende realizar este tipo de exercício para conhecer mais e melhor a população a quem presta cuidados.

Procedeu-se à análise do ficheiro por agregado familiar: verificou-se a existência de 639 famílias, das quais 268 famílias unipessoais e 371 famílias compostas (dados extraídos

manualmente do programa SClínico®). De entre as 268 famílias unipessoais, apurou-se que 127 eram relativas a adultos, e 124 idosos. Dos 124 idosos, 17 encontravam-se institucionalizados no ERPI (Estabelecimento Residencial Para Idosos). Ainda assim, observou-se um número elevado de idosos acima de 80 anos, a residirem (supostamente) sós (n=61). Isto, pode corresponder à realidade, ou, poderão residir com familiares e os dados não se encontrarem atualizados na ficha individual do utente.

O número de famílias unipessoais corresponde a 41,94% do total das famílias, o que está em linha com a tendência verificada a nível nacional (37,3%) (Portugal, 2022[b]).

Estes valores, despertam a atenção para vários potenciais problemas de saúde, nomeadamente as doenças mentais e o isolamento social, sejam pessoas idosas ou não.

Conforme o estabelecido pelo Regulamento nº 743/2019, para uma prestação de cuidados segura, a dotação deverá ser a seguinte: um enfermeiro de família para cada 1550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas, ou 350 famílias. Contudo, a nova reformulação das USF confere incentivo financeiro, aos enfermeiros que tiverem atribuídos o mínimo 1550 utentes e 2100 unidades ponderadas, o que não vai de encontro ao regulamento.

Relativamente à distribuição dos utentes por programa de saúde, e de acordo com os dados extraídos do programa SClínico® (quadro 1), apurou-se que 22,25% da população tem diagnóstico de hipertensão arterial e 9,6% tem associado o programa da Diabetes Mellitus. Associados ao programa de planeamento familiar está 21,8%, face a 13,6% de mulheres, incluídas no programa de Rastreio de cancro de colo do útero (RCCU). Ao programa de saúde infantil corresponde 13,17% da população e 2,75% ao programa de saúde juvenil.

Programa	**Número de utentes e Percentagem associada (%)**
Saúde Infantil	177 (13,17%)
Saúde Juvenil	37 (2,75%)
Saúde do Adulto	595 (44,27%)
Saúde das pessoas Idosas	332 (24,7%)
Planeamento Familiar	293 (21,8%)
Rastreio RCCU	183 (13,6%)
Saúde Materna	2 (0,15%)
Saúde da família	1 (0,07%)
Diabetes Mellitus	129 (9,6%)
Hipertensão arterial	299 (22,25%)
Dependentes	10 (0,74%)
Domicílios	29 (2,16%)

Quadro 1 - Distribuição de utentes por Programa de Saúde

Importa ressalvar, que este número de utentes com doenças crónicas pode não corresponder ao número total, já que depende exclusivamente do registo por programa abertos enfermeiros, e não do diagnóstico médico aquando da sua identificação. No programa BI-CSP ou no MIM@UF, vinculado ao médico de família, é possível obter de uma forma rápida e intuitiva um panorama das patologias mais frequente dos utentes. É possível ao enfermeiro de família realizar essa análise, contudo, é um processo bem mais demorado e menos intuitivo.

Relativamente ao programa de Saúde da família, apresenta um valor residual 0,07%. Esta percentagem, pode estar associada a vários fatores, tais como: ser um programa recente, existir ainda, uma parametrização para o programa muito deficitária em relação a demais programa (zero diagnósticos e intervenções estandardizadas) e não ser de carácter obrigatório o seu registo.

Na prática clínica diária, os enfermeiros são confrontados com um grande leque de documentações exigidas e passíveis de serem mensuráveis, acabando por descurar a dimensão fundamental que a documentação na Saúde da família.

Neste sentido, de forma a desenvolver competências especificas e comuns realizou-se nas primeiras semanas, observação, entrevistas informais em diversos momentos durante o acompanhamento e execução de práticas clínicas, de forma a definir objetivos, planear intervenções e executar atividades que dessem resposta ao identificado através da análise SWOT.

Realça-se que ao longo da prestação direta de cuidados e da análise dos processos individuais dos utentes, verificou-se a escassez de avaliação familiar através dos instrumentos parametrizados, bem como, de diagnósticos e intervenções dirigidos às dimensões da família. Assim, no âmbito da gestão e formação, identificou-se a necessidade da existência um protocolo de intervenção familiar, nomeadamente da entrevista sistémica familiar. Contudo, após algumas discussões com a enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e com a enfermeira tutora, constatou-se a necessidade de clarificar alguns conceitos relativo à avaliação familiar e sua documentação no sistema de informação vigente.

Neste sentido, foi priorizado a abordagem avaliação familiar e sua operacionalização na prática clínica, obtendo a concordância da equipa de enfermagem.

Aquando da prestação de cuidados às pessoas ao longo do seu ciclo vital, foi possível identificar pessoas atingidas pela patologia cancro, mais concretamente, a patologia de cancro de mama. Através dos programas informáticos MIM@UF e SClínico®,

identificaram-se 11 famílias cujo membro (mulher) sofria ou tinha sofrido de cancro de mama no ano 2023. Apurou-se ainda, através do ICPC2 – X76 (codificação específica para neoplasia maligna da mama feminina), que 117 mulheres inscritas na USF, sofriam ou já tinham sofrido de cancro de mama. Na ULSAM, são identificados anualmente uma média de 120 casos anuais desta patologia.

Cada vez mais presente nas famílias, o diagnóstico de cancro, tem um impacto brutal no sistema familiar e em todos os seus subsistemas, desencadeando uma transição de saúde-doença à qual está associada um momento de crise, sentimentos de perda, término de projetos de vida, e morte (Barbosa et al., 2016). Perante estas alterações da dinâmica familiar, o enfermeiro especialista tem o papel de capacitar a família, envolvendo-a na cocriação dos seus projetos de saúde, com vista ao restabelecimento da homeostasia familiar (Figueiredo, 2012).

Assim, atendendo a todos estes pressupostos e, de acordo com as necessidades da equipa de saúde e as próprias necessidades, delinearam-se como necessidades prioritárias as seguintes:

- Investigação acerca do processo de transição familiar perante a pessoa com cancro da mama;
- Avaliação familiar – operacionalização na prática clínica;
- Elaboração de um protocolo de intervenção familiar – entrevista sistémica familiar;
- Elaboração de um guia orientador de acompanhamento às famílias com um membro com cancro de mama.

2. INVESTIGAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Ao longo do ciclo vital, pessoa e família desenvolvem-se, num processo contínuo e dinâmico, nos quais surgem novas descobertas, desafios, novas necessidades, aprendizagens e consequente crescimento. Encarando a família numa abordagem sistémica, enquanto foco de cuidados, verifica-se que qualquer alteração no sistema familiar acarreta repercussões individuais, bem como no núcleo familiar (Figueiredo, 2023). Neste sentido o presente estudo intitulado ***processo de transição familiar perante a pessoa com cancro da mama- um desafio ao enfermeiro de saúde familiar***, tem como objetivo geral - compreender o processo de transição da família perante a pessoa com cancro da mama.

2.1. INTRODUÇÃO

As estatísticas da Globocan referente ao ano 2022 demonstram que a patologia oncológica é a que tem maior incidência mundial. A nível nacional, e especificamente para o cancro da mama, foram diagnosticados nesse mesmo ano 8954 novos casos (World Health Organization, 2022).

Associado a esta patologia, com origem na glândula mamária e, em consonância com as projeções do PNS 2021-2030, estima-se uma taxa de mortalidade padronizada de 25,1 óbitos/100000 habitantes, o que a destaca na dimensão das necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento, no respetivo PNS. Entre as doze necessidades de saúde de maior vulnerabilidade face às consequências da pandemia, o tumor maligno da mama feminina assume a sétima posição, por ordem de destaque. As primeiras necessidades relacionam-se com a saúde mental e adições, seguidas do tumor maligno de cólon e reto e infeções respiratórias baixas. Abaixo da prioridade do tumor maligno da mama feminina, destacam-se por ordem de grau de impacto o suicídio, doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral, tumor maligno do cérebro e doença pulmonar obstrutiva crónica (Portugal, 2022).

Pela sua incidência e a par com outros tipos de doença oncológica, o Plano Nacional de Saúde inseriu esta problemática nos programas de saúde prioritários - Programa de Nacional para as Doenças Oncológicas (Despacho nº. 6401/2016). De acordo com os dados da ULSAM, as principais causas de morte, em 2018, no Alto Minho, tal como na Região Norte e em Portugal, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos (744, 8.985 e 27.849, respetivamente) e das doenças do aparelho respiratório (Portugal,

2021). Assim, também a nível regional a área dos tumores malignos assume um papel de destaque, quer pelos doentes, quer pela família que vivencia todo este processo.

Numa perspetiva sistémica, entende-se que o que afeta uma parte do sistema, influencia as demais que o constituem. Assim, quando um elemento da família vivencia um evento de saúde/doença, todos os membros são afetados, desencadeando-se uma transição saúde-doença, com potencial de criar tensão na mesma (Kaakinen et al., 2018; Figueiredo, 2023).

É consensual na literatura consultada, que perante o diagnóstico de cancro, a família inicia um processo adaptativo contínuo, altera a sua dinâmica e usa os seus recursos e estratégias de coping, para responder à situação e restabelecer o equilíbrio familiar (Price et al., 2016; Ramirez-Perdomo et al., 2018; Figueiredo, 2023). De facto, a transição é assumida como um processo de mudança nos estádios desenvolvimentais, ou alterações nas circunstâncias de saúde e/sociais. Meleis distingue-as como normativas ou não normativas, mediante a situação e o contexto onde decorrem (Cotrim, 2023).

Neste sentido, os modelos teóricos orientadores na presente investigação incidem sobre a teoria das Transições de Meleis, o modelo de resiliência ao stress, ajuste e adaptação da família de McCubbin e Mc Cubbin, e o modelo do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças.

Perante a vivência de uma transição, a família necessita de adequar os seus comportamentos, papéis, dinâmicas familiares, desenvolvendo processo adaptativos que possibilitem ajustar e modificar comportamentos e evoluir para outros níveis de funcionamento (Cotrim, 2023), tendo o enfermeiro um papel de facilitador e auxiliador neste processo.

O modelo de resiliência ao stress, ajuste e adaptação da família de McCubbin e McCubbin permite ajudar enfermeiros e prestadores de cuidados a identificarem fatores familiares com papel preponderante no restabelecimento da saúde e outras situações passíveis de gerar tensão (Hanson, 2005).

No sentido de promover a saúde e adaptar-se às diversas transições ao longo do ciclo vital, o cuidado em Enfermagem baseado nas forças surge como uma mais-valia, na qual o enfermeiro procura junto com pessoa/família as suas forças e colabora no alicerce e mobilização das mesmas para recuperar e viver com uma doença, visando retomar a sua vida. Ao invés da intervenção ser focada nos défices do sujeito, este modelo potencia os pontos positivos e forças, capacitando e encorajando-o a ser pro-ativo no seu processo de restabelecimento (Gottlieb, 2016).

Ao longo de todo este processo, a família enceta uma caminhada singular, pautada por vasto leque de vivências, sentimentos, emoções, na qual pode necessitar de apoio dos vários sistemas que a rodeia.

A visita domiciliária consiste numa ferramenta de trabalho poderosa, na qual o enfermeiro pode e deve desenvolver a sua prática de cuidados. Tratando-se de transição de saúde-doença morosa, conhecer o ambiente "natural" da família, observar e adequar os seus cuidados permite uma visão mais holística e humanizada do cuidar (Martins et al., 2023).

Os enfermeiros de família, pela sua relação de proximidade com o sistema familiar, encontram-se numa posição privilegiada na aferição das necessidades reais das famílias face às mais diversas transições e adaptações que experiencia, bem como na co-criação de um plano de intervenção, numa perspetiva empoderadora, enfatizando sempre os seus pontos fortes (Martins et al., 2023), como é no caso do processo de transição vivenciado pela família face ao diagnóstico de cancro de mama de um dos seus membros.

De seguida, apresentam-se os referenciais teóricos do estudo, seguido das opções metodológicas, apresentação e discussão dos resultados, e por fim as conclusões e implicações do estudo realizado em contexto clínico.

2.2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

O presente estudo foca-se no processo de transição familiar à pessoa com cancro de mama, na mulher, na medida em que as evidências científicas demonstram que o cancro de mama tem a sua maior incidência no sexo feminino.

2.2.1 A Pessoa com cancro de mama – impacto na vivência familiar

Pelos princípios da globalidade da família e da interdependência entre os seus subsistemas, o membro acometido de cancro de mama, sofre alterações face à sua saúde individual que levam à alteração da saúde familiar, afetando a todos (Figueiredo, 2023). Considera-se, portanto, que este impacto tem efeitos não apenas na pessoa com cancro de mama, mas também, no seu seio familiar.

No quotidiano das práticas clínicas verifica-se a existência de variados estigmas (morte, sexualidade alterada, entre outros) no que se relaciona com o diagnóstico de cancro da mama, originando a quem o vivencia uma panóplia de sentimentos e emoções, nomeadamente medos por perda da vida, pondo em causa o seu bem-estar (Ribeiro et al., 2020).

Associa-se, a curto e longo prazo, um significativo impacto no funcionamento psicológico da mulher, não só aquando do diagnóstico, mas também, ao longo dos tratamentos e, ainda, após o término dos mesmos (Ramos, 2016). Segundo a mesma autora, são inúmeras as reações psicológicas que ocorrem ao longo deste processo oncológico –ciclo psico-oncológico–, classificando-os temporalmente: imediatamente após o diagnóstico, ocorre comummente choque, apatia, descrença e negação; semanas após o diagnóstico pode surgir stress, ansiedade, revolta, raiva, incerteza, dúvida; ao longo dos tratamentos, enumera a tristeza, depressão, desesperança, desamparo; concluídos os tratamentos, elenca ansiedade, medo, vulnerabilidade, imprevisibilidade acerca do futuro.

Para além destas reações, em qualquer processo oncológico, é fulcral destacar que o cancro da mama na mulher é ainda mais temido, pelo facto de existir uma conotação socio-cultural forte, desempenha uma função significativa na sexualidade da mulher (pelo órgão envolvido), na sua identidade, e nos vários papéis que ocupa ao longo da sua vida (Ribeiro et al., 2020). Por outro lado, e considerando o conceito de crescimento pós-traumático[1], é possível a existência de outro tipo de resposta ao diagnóstico de cancro, particularmente contrastante com o acima referido. Nesta, existe uma perspetiva positiva face ao diagnóstico e fase inicial do cancro e sentimento de esperança em ultrapassar este estado de doença. Tal perspetiva, é possível, graças ao pensamento da importância da rede familiar, confiança na ciência e seu potencial de cura e em experiências de sucesso de outras mulheres que conseguiram lutar contra a doença. Ainda que inicialmente, possa surgir medo ou tristeza inicial, estes fatores permitem empoderá-las, tendo como foco a esperança no combate ao cancro (Cabral, 2020).

É ainda importante ressalvar, que por sermos seres únicos e individuais, este impacto vai ser diferente, dependendo de muitos fatores, nomeadamente das circunstâncias em que ocorre, bem como da representação individual da doença (Ramos, 2016).São inúmeras a perdas sentidas, a nível físico (p.e. perda da mama, alopécia), emocional, espiritual e social, bem como dos diversos papéis que desempenha no seu quotidiano, elencadas na literatura e nas vozes as mulheres que dão o seu testemunho. Esta doença desafiante acarreta uma série de

[1] Crescimento pós-traumático - mudanças psicológicas positivas como resultado dos esforços individuais perante a vivência de um episódio traumático, e sua re-significação (Tedeschi & Calhoun, 2004) .

desequilíbrios no seu quotidiano, a nível social, mental, físico e emocional (Figueiredo, 2012; Kaakinen et al., 2018).

Eleita como uma das abordagens terapêuticas, a mastectomia leva à perda de uma parte do corpo que representa a feminilidade, sexualidade, estética e maternidade. O comprometimento da integridade destas dimensões pode levar a mulher a sentir alterações na sua imagem corporal e autoconfiança. Estas alterações, podem por si só, condicionarem a forma como se relacionam com elas mesmo, com os outros e até com a sociedade (Ribeiro et al., 2020).

Para além da perda da mama, considerada uma parte essencial no erotismo da mulher, tratamentos como a quimioterapia trazem consigo efeito colaterais importantes, que alteram massivamente a vida delas e de quem as rodeia. As náuseas, os vómitos, a alopécia, a astenia que surgem, alteram significativamente o bem-estar das mulheres, podendo surgir como condicionante no seu quotidiano e qualidade de vida, a nível pessoal, familiar e social (Ribeiro et al., 2020).

Outro aspeto fundamental, está relacionado a previsibilidade da existência de disfunção sexual, o que pode afetar a qualidade da vida sexual, elevando a possibilidade de repercussões no subsistema conjugal. Fatores como ansiedade, stress, alteração do padrão do sono/repouso, cansaço, menopausa induzida, consequências dos tratamentos, podem estar na sua origem, podendo estender-se desde o período de diagnóstico ou tratamento até após o término dos tratamentos (Barjasteh et al., 2022). Na ótica destes investigadores, esta disfunção pode causar tanta ansiedade como o cancro, com repercussões individuais e no sistema conjugal.

O estudo de Slowik et al. (2017), corrobora estes autores, ao verificarem no seu estudo que 85% das mulheres inquiridas manifestaram diminuição na satisfação da sua atividade sexual, como consequência da doença e tratamentos. Paralelamente a esta conclusão, verificou-se a correlação significativa entre essa disfunção, atividade sexual reduzida e auto-perceção diminuída na ótica da mulher com cancro de mama.

O mesmo estudo, aborda ainda, que associado à remoção da mama, existe impacto no domínio emocional, social e familiar. Descrevem como fatores limitadores do seu dia-a-dia, as alterações músculo-esqueléticas, alterações posturais, dor e desconforto, interferindo diariamente com a qualidade de vida.

Karimzadeh et al. (2021) reforça esta ideia, ao concluir que mesmo após vários meses pós tratamento, as mulheres podem experienciar vários sintomas psicológicos, nomeadamente fadiga, ansiedade, depressão, insónias, medo de recidivas e isolamento social.

Pelos fatores supracitados e, de acordo com os estudos analisados, o diagnóstico de cancro da mama, bem como as fases subsequentes, tem um impacto inegável na qualidade de vida da pessoa e nos papéis que desempenha no seio familiar (conjugal, maternal) e, ainda, nos papéis sociais e laborais.

A adaptação que cada membro desenha face a um problema de saúde tem subjacente características pessoais e o contexto doméstico. Estas interações com a família, condicionam a forma como todo o processo de doença é vivenciado e por isso, de grande relevância (Figueiredo, 2012).

2.2.2. O processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama

O conceito de saúde familiar é definido como a capacidade da família na mobilização e recursos de coping (com destaque para os recursos relacionais e afetivos) perante situações de doença de um dos seus membros (Kaakinen et al., 2018).

O subsistema familiar, mediante o seu padrão de crenças e valores que sustentam a sua organização, assume o papel de promotor de saúde, quer em contextos de promoção de saúde ou de situações de doença, assumindo-se como fonte primária de prestação de cuidados e de transmissão de cuidados de saúde (Figueiredo, 2012; Figueiredo, 2023).

Segundo González-Corría et al. (2022), o diagnóstico de cancro consiste numa crise acidental no ciclo de vida familiar, na qual a família pode atuar como um catalisador positivo ou negativo para o estado de saúde de seus membros. Pela influência que a família pode exercer, é notória a importância da sua avaliação, orientação e potencialização enquanto cliente e parceiro de cuidados.

Perante a incapacidade de um dos membros da família, associado à perda de autonomia, é a família, na maioria dos casos, que funciona como agente de autocuidado. As necessidades sentidas neste processo de transição de saúde-doença, vêm no sentido de restabelecer a saúde e melhorar a qualidade de vida do membro afetado, bem como, de redesenhar a dinâmica da família, para que esta possa continuar a funcionar (Figueiredo, 2012).

Neste sentido, dentro dos vários subsistemas da família, é premente a necessidade de reorganizar tarefas e papéis por forma a manter o funcionamento familiar.

Do ponto de vista do subsistema conjugal e, para além das alterações já abordadas nas perdas da mulher, verifica-se uma mudança de papéis já que o marido sente frequentemente a necessidade de assumir um novo papel de cuidador. Assim, e, de acordo com Macedo (2022), o parceiro deixa de ter um papel amoroso na relação, transformando-o em cuidador.

Contudo, o mesmo estudo aponta que as participantes do mesmo não sentiram alterações a nível do contacto físico com o marido associado ao processo oncológico.

Conforme Silva et al. (2023), existe uma tendência para estes manterem uma imagem de força, de apoio, ocultando por vezes, os seus sentimentos com o intuito de proteger a esposa, que se encontra debilitada pela doença. Para além do papel de cuidador, poderão ainda existir tarefas domésticas, de gestão e financeiras mediante a fase do ciclo vital onde se encontre inserida a família.

Ainda que a rede social e familiar seja tida nos estudos como fator facilitador do processo de transição, em fase iniciais pode existir dificuldade em falar da doença, pelo estigma que esta representa (Figueiredo, 2023).

Por sua vez, verifica-se uma relação direita entre a gravidade da doença e o papel que a rede de apoio familiar desempenha. Ou seja, por essa estigmatização, a rede de apoio pode manifestar à família um exagero de zelo, um comportamento exacerbado de simpatia inabitual, que associados aos sentimentos e emoções vivenciados, podem levar ao isolamento da família (Figueiredo, 2023; Silva et al., 2023).

Fruto do impacto familiar à notícia de cancro de um dos seus membros, Silva et al. (2023) refere que a família pode por um lado distanciar-se dos seus membros ou por outro, fortalecer vínculos entre eles, existindo uma crescente aproximação emocional e maior participação e apoio à mulher. Figueiredo (2023) reforça esta ideia ao referir que a adaptação do sistema familiar à doença pode levar ao aumento da coesão familiar, ou em situação de ambiguidade de papéis e regras, gerar conflitos entre os membros da família.

O acompanhamento do enfermeiro de família e sua interação com a família é fundamental para a capacitação da mesma para enfrentar a doença oncológica. Através da avaliação familiar, e identificação conjunta dos pontos fortes da família, é construído de forma cimentada o empoderamento da família na sua função de prestadora de cuidados (Gottlieb, 2016)

O percurso de cada doença é singular, pelas mais diversas dimensões associadas, existindo momentos chave perante a doença oncológica: o diagnóstico, o prognóstico, os tratamentos a serem ou não realizados, a eminência de recidiva ou morte, constituem-se como desafios de vida, e desafios nos padrões de comunicação (Malta et al., 2023).

Embora a comunicação esteja presente no nosso dia-a-dia, a comunicação de más notícias, nomeadamente de um familiar com cancro, pressupõe que haja sofrimento por parte de quem recebe a notícia. Quando se trata do próprio doente que conta à família/amigos, e aliado ao

momento de crise e dor que se está a vivenciar, esta comunicação traduz-se numa dificuldade ao longo do processo de transição (Malta et al., 2023).

O medo é apontado como uma das dificuldades no processo de transição. Este pode estar relacionado com o medo de morte, do desconhecimento do diagnóstico, prognóstico, do tipo de tratamentos e, associados a todos estes, a sensação de dor (física, emocional, espiritual) (Cabral, 2020; Ribeiro et al., 2020; Santos et al., 2021; Macedo, 2022; Silva et al., 2023).

Face à ambivalência de emoções elencadas no presente capítulo, será fácil compreender que a gestão das mesmas pode ser um trabalho árduo a nível e individual e familiar. Se por um lado existe a necessidade de exteriorizar o que se sente, por outro pode surgir um género de "conspiração do silêncio" para com a rede de amigos e familiares, quando existem padrões rígidos na família e coligações emocionais (Figueiredo, 2023; Cotrim, 2023).

Associado ao género feminino, existe a expectativa social, familiar e até da própria mulher, encontra-se o papel de cuidadora familiar. Perante a vivência de cancro, a mulher confronta-se perante seu "incumprimento" efetivo/moral do papel. Neste sentido, o suporte familiar e da rede de amigos é fundamental para amenizar este sentimento, de modo a contribuir para que a realização das tarefas familiares seja levada a cabo e minimizar o sentimento de culpa que possa eventualmente surgir (Cotrim & Figueiredo, 2023).

Ainda que inegável o papel do suporte familiar e da rede de apoio externa, nomeadamente de amigos, verifica-se por parte da família uma certa dificuldade em pedir esse apoio. Tal, pode estar associado ao estereotipo e consequências da doença oncológica, onde a família tende a isolar-se socialmente, diminuindo o seu leque de relações sociais (Ribeiro et al., 2020; Cotrim & Figueiredo, 2023).

Uma das dificuldades que também pode ser sentida no processo de transição diz respeito à componente financeira no seio familiar: os tratamentos cirúrgicos e/ou subsequentes, as idas recorrentes aos hospitais podem impedir que a mulher desempenhe a sua atividade laboral, sofrendo impacto na dinâmica familiar (Cotrim & Figueiredo, 2023).

Em síntese, ao longo de todo o acompanhamento à família é fundamental a sua parceira na a identificação de necessidades, a auscultação medos e/ou preocupações que surgem ao longo da transição.

2.2.3. Modelos teóricos subjacentes ao processo de transição

Desde a sua essência que a ciência da Enfermagem tem evoluído a partir do desenvolvimento de um quadro próprio e científico, permitindo-lhe assumir-se de forma legítima e estruturada enquanto disciplina e profissão (Chanes, 2020) (McEwen & Wills, 2016).

Os modelos conceptuais, definem-se como um conjunto de valores e princípios que se interrelacionam, descrevendo as relações que os compõem. Por sua vez, as teorias de Enfermagem, também dotadas de um conjunto de conceitos interrelacionados, seguem uma perspetiva filosófica e missão própria, que lhe conferem eficácia e estabilidade (Taffner et al., 2022; Pires, 2023).

As teorias estão concebidas para significar o mundo, para mostrar como determinado conceito se relaciona com outro e, quando associados, possam traduzir-se num padrão, com uma previsível sequência de acontecimentos e comportamentos. As várias teorias possibilitam conhecer e compreender melhor as famílias aprimorando, consequentemente, os cuidados que lhes são prestados (Kaakinen et al., 2018).

Enquanto campo da disciplina de Enfermagem, a Enfermagem de Saúde Familiar cunha o seu desenvolvimento teórico e prática em diversos modelos teóricos próprios, bem como de outras disciplinas, nomeadamente no âmbito das ciências sociais, teorias de Enfermagem e terapia familiar (Pires, 2023).

Para o presente estudo e, pelo seu grau de pertinência e adequabilidade, passam a descrever-se a teoria das transições de Meleis, o modelo de resiliência ao stress, ajuste e adaptação da família de McCubbin e McCubbin e o cuidar em Enfermagem baseado nas forças da família.

Atendendo às várias fases do ciclo vital, importa ao enfermeiro de família conhecer uma teoria explicativa dos processos de transição e crise vivenciados pelas famílias, bem como as suas respostas a esses processos (Melo, 2021).

Meleis define transição enquanto passagem de um estado de equilíbrio para outro estado de equilíbrio, na qual surge um período de instabilidade e onde se pressupõe a redefinição do sentido do "eu". São adquiridos e apreendidos novos conhecimentos e competências, que se traduzem em novos padrões comportamentais (Meleis, 2018). Esta teoria, assenta em três conceitos centrais: a natureza das transições, as condicionantes de processo e os padrões de resposta.

Segundo esta autora, o cliente (indivíduo/família) pode vivenciar vários tipos de transição que, face à sua **natureza,** podem ser do tipo desenvolvimental (associada às mudanças naturais decorrentes do ciclo de vida individual e familiar), situacional (relacionado a um

momento pontual de crise como uma situação de desemprego por exemplo), de saúde-doença (crise decorrente de processo adaptativos por aparecimento de uma doença) e organizacional (oriundas de mudança de papéis familiares ou laborais).

Relativamente ao seu padrão, podem ter caráter simples ou múltiplo. Neste último, as transições podem ainda ser sequenciais ou simultâneas, mediante o momento temporal em que surgem, e relacionadas ou não relacionadas.

Para o desenvolvimento de uma transição, existem propriedades a serem tidas em consideração para caracterizar este processo, nomeadamente:

- Tempo da transição – é variável de pessoa para pessoa e depende do desenvolvimento das propriedades a seguir elencadas.
- Processo (em que decorre a transição) – uma transição não diz apenas respeito a uma mudança, mas a algo mais complexo, que conjetura processos psicológicos inerentes ao processo de mudança. Aliada à mudança, a transição pode ou não significar diferença (por exemplo uma mulher que sofre mastectomia e realiza reconstrução no mesmo ato cirúrgico, pode não sentir muita diferença perante esta mudança).
- Envolvimento ou desconexão – diz respeito à forma como se vai comprometer ou desvincular na procura de respostas para a transição, deixando esta responsabilidade para outrem.
- Consciencialização – relaciona-se com a perceção e o reconhecimento da vivência de uma transição.
- Eventos críticos ou marcos – estão associados ao aumento da consciencialização acerca da mudança e diferença, para além do comprometimento em experienciar a transição.

Ao longo da vivência da transição, surgem **condicionantes** que podem ter caráter potenciador ou dificultador da mesma. Distinguem-se os condicionantes pessoais (conhecimentos, crenças e capacidade pessoal de lidar com processo transicional), condicionantes da comunidade (recursos familiares e comunitários), condicionantes da sociedade (legislação e/ou políticas sociais), e condicionantes globais (num contexto macrossistémico da relação entre a transição e o mundo).

Para avaliar este processo de transição, existem os **padrões de resposta**, subdivididos em indicadores de processo e indicadores de resultado. Os primeiros dizem respeito à forma como se envolveu durante o processo, procura e aceitação de suporte e aquisição de confiança. Os indicadores de resultados, associam-se à aquisição de mestria, identidade fluída, e integração saudável para consigo e com outros, com consciência que se adquiriram recursos e perceção de bem-estar (Melo, 2021).

Fundamentadas nesta teoria, as intervenções de Enfermagem consistem em respostas preventivas e antecipatórias ou terapêuticas, mediante o tipo de transição vivenciado. O enfermeiro assume assim, um papel de agente facilitador no processo de transição, devendo a sua intervenção ter uma abordagem holística, co-construindo com a família condições para restabelecer a homeostasia familiar (Figueiredo 2012, 2023).

O Modelo de resiliência ao stress, ajuste e adaptação da família criado em 1993 por Mc Cubbin e McCubbin pretende explicar o potencial familiar perante uma situação de crise, através da identificação dos fatores familiares que interferem com o seu ajuste e adaptação, em situações de doença de um dos seus membros. Perante um evento gerador de stress como é o caso de uma doença na família, esta enceta um processo de procura de equilíbrio interno, usando para tal, recursos que tem ao seu alcance. Após avaliar a situação, utiliza padrões de resolução de problemas e estratégias de coping familiar (Mc Cubbin & McCubbin, 1993).

De acordo com este modelo teórico, as famílias têm maior probabilidade de adaptar-se de forma bem-sucedida quando: existem poucos fatores de stress ou exigências familiares em simultâneo; são tipos de família ou padrões funcionais mais adaptativos (p.e. maior flexibilidade, maior proximidade emocional, capacidade de mudança); explicam o acontecimento de forma positiva, passível de ser controlada; possuem boas capacidades comunicacionais e de coping (Hanson, 2005).

Os autores deste modelo esclarecem que a doença prolongada e/ou terminal acarreta uma adaptação mais desafiante, pela imprevisibilidade do decurso e desfecho da mesma, bem como pelo facto de estarem associadas mudanças mais profundas e necessidade de acomodar-se a eventuais sequelas (McCubbin & McCubbin, 1993).

A avaliação familiar da doença, traduz-se num fator preponderante na adaptação da mesma. A forma como os membros, enquanto indivíduos e enquanto unidade sistémica, encaram a doença, varia segundo estes autores conforme a idade, género, experiências e papel que exercem na família (McCubbin & McCubbin, 1993).

Elencam a comunicação positiva, como estilo comunicacional favorecedor de uma adaptação mais ajustada e apoiada, na qual se encontra patente uma escuta ativa, respeito pelos sentimentos mútuos e evitamento de magoar emocionalmente o ouvinte.

Assim, de acordo com esta teoria, compete ao enfermeiro colaborar na identificação de estratégias de coping favoráveis, para uma adaptação com resposta positiva, seja ao indivíduo ou à família enquanto subsistema e cliente.

O cuidar em Enfermagem baseado nas forças da família, criado por Laurie Gottlieb, surge não como um modelo de avaliação ou intervenção, mas antes como uma forma de

pensamento em Enfermagem. Orienta os enfermeiros na sua prática diário para um cuidar humanizado, focando-se nos aspetos positivos, no que funciona e/ou tem potencial para ajudar a família a desenvolver forças que promovam saúde e facilitem processos de transição de saúde-doença. Esta perspetiva é apoiada e reforçada na tomada de posição nº 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária, na qual o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar "concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças ou problemas" (OE, 2023, p.1).

Este modelo é alicerçado em quatro premissas, que são comuns aos metaparadigmas da Enfermagem: saúde (indivíduos/famílias e comunidades estão motivados e visam atingir melhor estado de saúde); pessoa (única, holística, detentora de forças e fraquezas, com potencial para cura); ambiente (detentor de forças que convergem à seleção de forças e fraquezas) e Cuidados de Enfermagem (enfermeiros que cuidam do cliente, concorrendo para o alívio do sofrimento, alcance de saúde e bem-estar, no desenvolvimento de forças promotoras de saúde e facilitadoras da cura) (Gottlieb, 2016).

No sistema de cuidados vigente é dominante um modelo baseado no défice, no qual se procura o problema, as fraquezas, objetivando minimizar esses défices. Neste caso, o cuidado baseado nas forças da família traduz-se numa abordagem muito mais empoderada para as famílias, ao focar-se nas suas forças, e permitir melhores resultados a médio/longo prazo (Gottlieb, 2016; Kraus & Silva, 2023).

Define forças como as qualidades singulares e específicas de cada ser (pessoa e /ou famílias) e recursos que caracterizam a sua "pessoalidade", sendo fulcrais para atingir metas, desenvolver a sua saúde, promover a cura perante situações de doença, com vista a alcançar o máximo do seu bem-estar.

Este modelo, ancora-se em quatro abordagens, sendo estas: o cuidado de Enfermagem centrado na pessoa, o movimento de empowerment no doente/pessoa, a promoção/prevenção de saúde e a parceria colaborativa.

Com o objetivo de criar um sistema de valores condescendente e coerente, apoia-se em oito valores fundamentais e interrelacionados: saúde e cura; singularidade da pessoa; holismo e *embodiment*; realidade objetiva/subjetiva e construção do significado; autodeterminação; pessoa e ambiente integrados; aprendizagem, preparação e timing; e, por fim, parceira colaborativa com o enfermeiro e a pessoa/família (Gottlieb, 2016).

Por permitir a procura de aspetos positivos, as forças identificadas na e com a família e a sua aplicabilidade para fazer face aos desafios em transições de saúde-doença, numa parceria colaborativa com o enfermeiro de família, considera-se que esta teoria seja de suma importância para o presente estudo.

Através das teóricas abordadas e segundo Meleis, uma transição também se compatibiliza com teorias que estudam a adaptação, nomeadamente na teoria de McCubbin e McCubbin.

Neste sentido, considerou-se uma mais valia esta convergência teórica ao querer perceber como decorrer o processo de adaptação da família face a uma transição acidental de saúde-doença, como é no cancro da mama, atendendo ao inevitável e imprescindível papel da família enquanto parceiro de cuidados.

2.2.4. Estratégias de coping de adaptação familiar à pessoa com cancro de mama

Para uma adaptação familiar ajustada perante o diagnóstico de cancro de um dos seus membros, Santos et al. (2021), elencam três tipos de condicionantes: a avaliação familiar do acontecimento, os recursos familiares e o coping.

O coping surge como uma medida de combate ao stress e a angústia (individual e/ou familiar), no sentido de desenvolver esforços para atingir um maior estado de conforto psicológico e homestasia familiar (Figueiredo, 2012).

Considerando uma transição de saúde-doença, pessoa e família necessitam de cuidados em saúde pela equipa multiprofissional. O papel do enfermeiro de família realça-se enquanto facilitador de processos de promoção de saúde, capacitador das famílias e parceiro na construção conjunta de plano de cuidados, potenciando as forças internas das famílias e atendendo à família enquanto unidade de cuidados (IFNA, 2017; Regulamento nº428/2018).

Em relação aos recursos familiares, importa ressalvar que a família é o primeiro grupo social onde a mulher está inserida e onde lhe são prestados cuidados, pelo que a dinâmica e organização familiar são fundamentais para moldar a forma como é encarada a doença no membro afetado, tal como, na família enquanto subsistema (Silva et al., 2023).

Para além disso, e ainda, enquanto unidade social, a forma como a família encara a doença oncológica, também está associado ao padrão de crenças e representações que tem sobre a mesma. A experiência prévia de doenças semelhantes pode surgir como um processo facilitador ou dificultador, mediante o desenvolvimento e desfecho das mesmas (Van Schoors et al., 2019; Figueiredo, 2023).

Tratando-se de uma batalha longa e supostamente dolorosa, o apoio espiritual e a fé são tidas como fontes de apoio e de esperança para estarem motivadas ao longo dos tratamentos, superar cada etapa do decurso da doença e alcançar paz interior (Mairink et al., 2022; Silva et al., 2023)

De forma sucinta, a religiosidade está muitas vezes associada à espiritualidade, pelo que importa distinguir que a primeira aborda a relação ou o vínculo espiritual com uma pessoa superior, enquanto a espiritualidade versa sobre o trabalho de aproximação consigo mesmo, numa procura interior contínua e harmoniosa (Mairink et al., 2022).

Uma das estratégias de coping familiar consiste na consciencialização de um recomeço que a vida lhes proporcionou. A vivência de cancro leva a vários questionamentos e momentos de introspeção, aos mais diversos níveis. Verifica-se um crescimento pessoal e emocional com alterações dos valores da vida, preocupações que deixam de o ser e a atribuição de importâncias e prioridades diferentes, sejam a título individual como familiar (Ribeiro et al., 2020).

Características familiares como bom humor, otimismo são consideradas estratégias de coping focadas na emoção que favorecem a adaptação familiar ao diagnóstico de cancro, ao dar um enfoque seletivo sobre aspetos da doença favorecedores de esperança a longo prazo. A resiliência familiar, que surge também como contributo facilitador na adaptação familiar, consiste no papel protetor desempenhado pela família durante os processos de resiliência individual, tendo em consideração as relações intrafamiliares. Abrange por isso todo o sistema familiar com o intuito de alcançar e promover o bem-estar da família (Burnette et al., 2020).

Tratando-se de uma transição de saúde-doença morosa, e na procura constante de equilíbrio familiar, é deveras importante dar continuidade aos rituais e rotinas familiares, por permitem manter a coesão familiar e de união entre eles. Estes, aliados às crenças, constituem-se como aspetos favorecedores de preservação da organização do sistema familiar (Figueiredo, 2023).

2.3. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE FAMILIAR

A Organização Mundial de Saúde (2023), define cuidados de saúde primários (CSP) tendo por base 3 componentes essenciais: *a satisfação das necessidades* - as pessoas quando à sua saúde, atendendo a cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos durante o seu ciclo de vida; *abordagem sistemática dos vários determinantes em*

saúde, através de políticas e ações públicas informadas por evidências; *capacitação das pessoas, famílias e comunidades* para potenciarem a sua saúde e bem-estar.

Como descritos nos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, o enfermeiro de família é o profissional de destaque na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo vital, aos vários níveis de prevenção, e tomando a família como unidade de cuidados (Regulamento nº 428/2018).

2.3.1 Filosofia e evolução dos Cuidados de Saúde Primários

Foi na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários - declaração Alma-Ata - em 1978, que os governos de todo o mundo manifestaram a necessidade de promoção de saúde de todos os povos, reduzindo as desigualdades na acessibilidade em saúde. Vê-se nesse momento a necessidade de uma organização de CSP que seja o primeiro acesso aos sistemas de saúde por parte dos indivíduos e famílias, e chave para um desenvolvimento de justiça social (Melo, 2021).

Este tipo de cuidados, de caráter multidisciplinar, deveriam ser um contexto de proximidade, favorecedores de educação para a saúde quer individualmente, quer para grupos e com uma organização estruturada que permitisse o encaminhamento de demais cuidados, caso fosse necessário, enfatizando a abordagem holística e preventiva para a saúde das populações (Melo, 2023).

Vários foram os marcos históricos que contribuíram após esta declaração para a evolução das políticas internacionais em Saúde. Destaca-se a Carta de Bangkok – Promoção de Saúde num Mundo Globalizado, de 2005, onde se viu reforçada a relevância das políticas em saúde e de alianças com vista ao empoderamento comunitário e a melhorar a saúde e a igualdade em matérias de saúde (Melo, 2023).

A nível nacional, e par com a conferência em Bangkok, o XVII Governo Constitucional deu especial destaque aos CSP, por serem a porta de acesso aos cuidados de saúde, iniciando a reforma dos mesmos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005). Biscaia e Heleno (2017), referem que a reforma surge com a necessidade de criar uma estrutura com maior acessibilidade e qualidade, prestação de cuidados mais alinhada com as orientações técnico-científicas vigentes, bem como a participação mais ativa e satisfação de todos (profissionais e beneficiários).

Valorada a importância dos CSP enquanto pilar central do sistema de saúde, é criado um grupo técnico para a sua reforma, por forma a definir orientações e metas operacionais,

identificar medidas operacionais e executadas com tempos definidos, sempre sob a experiência do Ministério da Saúde. É a partir desse momento, que urge a necessidade de reconfiguração dos centros de saúde, levando ao desenvolvimento de uma metodologia para a criação de unidades de saúde familiar (Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005). Para encabeçar esta reconfiguração, foi definido o Grupo de Missão Para os Cuidados de Saúde Primários, com dependência do Ministério da Saúde, cujos objetivos incidiam em criar uma estrutura de missão para a condução, coordenação e acompanhamento da estratégia com vista na reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005).

É através do Despacho Normativo nº 9/2006 que são criadas as condições necessárias para a implementações das USF. Estas são definidas como "a célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individual e familiar, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional, técnica e integrada em rede com outras funcionais do CS" (p.1256). Assim, a criação das USF teve lugar através do Decreto-Lei nº 298/2007, posteriormente revogado pelo Decreto-Lei nº 73/2017, indo de encontro à nova visão e organização dos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 73/2017).

Atendendo aos CSP serem considerados a base central do sistema nacional de saúde, as USF desempenham um papel essencial na garantia do acesso universal aos cuidados, conforme redigido no Decreto-Lei nº103/2023. As USF, podem organizar-se de acordo com o Modelo B e C, com a missão de prestar cuidados personalizados à população inscrita numa determinada área geográfica, garantindo princípios de globalidade, centralidade, acessibilidade, qualidade, eficiência e continuidade de cuidados ao longo do ciclo vital. Devem orientar a sua prática através dos seguintes princípios:

a) Conciliação - não obstante manter o foco no acesso, qualidade e eficiência, deve assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, atendendo aos valores, necessidades e preferências do utente;

b) Cooperação – existência de colaboração multiprofissional com vista na concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;

c) Solidariedade - cada profissional da equipa multiprofissional deve assumir o compromisso no cumprimento das obrigações dos demais profissionais de cada grupo profissional;

d) Autonomia - auto-organização funcional e técnica, favorecedor do cumprimento do plano de ação;

e) Articulação – estabelecimento da ligação entre as USF e as outras unidades funcionais do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) ou da Unidade Local de Saúde (ULS), sempre que necessário;
f) Avaliação - objetiva e permanente, para adotar medidas corretivas quando existam desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
g) Gestão participativa - todos os profissionais da equipa multiprofissional devem colaborar ativamente, para melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, atendendo sempre aos seus conteúdos funcionais de cada grupo profissional e competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

2.3.2 Enfermagem de Saúde Familiar, evolução e princípios – intervenção do enfermeiro

A par da evolução dos CSP, a Enfermagem de Saúde Familiar tem ganho terreno, alicerçada num contínuo processo de desenvolvimento científico, aumento práticas de investigação, acompanhamento de políticas de saúde e respostas às necessidades das famílias em cuidados de Enfermagem (Figueiredo et al., 2023).
Cuidar da família não é recente para a ciência da Enfermagem. A profissão de Enfermagem surge enquanto prestação de cuidados de manutenção da vida intrinsecamente ligada à família. Collière (1999) afirmava ser preciso cuidar de crianças e mulher em trabalho de parto, dos vivos e dos mortos e que saúde e doença se desenvolvessem em contextos familiares.
Conforme mencionado por Figueiredo et al. (2023), independentemente das alterações ocorridas na sociedade ao longo do tempo e consequentes avanços tecnológicos e científicos, é inegável o "reconhecimento da família como contexto natural para o desenvolvimento, autonomização e socialização dos seus membros e com a capacidade para se auto-organizar" (p.42), tendo um papel ativo ao longo do ciclo vital familiar e tudo no que nela acontece.
De facto, foi nos anos 60 do século passado que o conceito de enfermagem de família foi definido por Ford (1973) cit. por Friedemann (1989) como a prestação de cuidados ao sistema familiar ou unidade familiar. A partir desses tempos, iniciou-se o desenvolvimento de modelos concetuais de enfermagem cujo foco de cuidados fosse a família.
A relevância de serem criadas políticas de regulação das práticas em que fossem desenvolvidos programas onde estivessem incluídos os enfermeiros de saúde familiar e com

o foco na família remota à década de 90, do século XX, pela voz do Internacional Council of Nurses (ICN).

Ainda que na história da Enfermagem, se consiga verificar que os enfermeiros cuidavam das pessoas e famílias, o termo "enfermeiro de família" ganha visibilidade graças a duas entidades fundamentais: o Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros.

O quadro concetual da política de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) intitulado Saúde 21 traça, no ano 1998, 21 metas com o objetivo de proporcionar saúde para todos no século XXI, introduz o termo "enfermeiro de família". São colocados novos desafios aos enfermeiros, reconhecendo a sua experiência face à promoção da saúde familiar, apoio familiar e cuidados no domicílio. É destacado o papel do enfermeiro enquanto parceiro das famílias para que estes determinem e mobilizem recursos internos, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-ativos ao longo da evolução do ciclo vital familiar (OMS, 2002). Cabia assim, a cada estado membro a criação de políticas e estratégias em saúde que fossem de encontro às metas do quadro concetual supracitado, mantendo sempre como valores essenciais, a saúde enquanto direito essencial, a equidade e a responsabilização dos indivíduos, famílias e comunidades nos seus processos de saúde (Figueiredo et al., 2023).

Em 2000, ocorre a segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da OMS – Região Europeia, em Munique, com o tema central – O Enfermeiro de Família (WHO, 2000). Vê-se reforçado o imprescindível contributo e papel dos enfermeiros de saúde familiar nos diversos contextos de saúde e sistemas de saúde, destacando a sua importância de reforçar competências e intervenção na prestação de cuidados, com vista à melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados. Para o cumprimento dos pressupostos da Declaração de Munique, surge a necessidade de serem desenvolvidos programas e serviços de enfermagem comunitária e obstetrícia centrados na família e o desenvolvimento do papel de enfermeiro de saúde familiar, incluindo programa educacionais e formativos com vista à formação e qualificação de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar (WHO, 2000).

Nesse mesmo ano, e, no seguimento da subscrição da declaração de Munique em Portugal, a OE realiza a conferência nacional denominada "A cada família seu enfermeiro" cuja finalidade incidiu sobre a partilha de experiências alicerçadas no modelo de enfermagem de família. Discutiram-se 40 projetos cujo objetivo era a organização dos cuidados voltados para a família e também, os constrangimentos e dificuldades sentidos pelos enfermeiros. A par da reforma dos CSP, esta conferência assumiu especial importância pela reorganização

dos serviços e da conceção dos cuidados de enfermagem tendo como foco a família (OE, 2002).

O Plano de Saúde Nacional 2004/2010 já contempla o enunciado a nível mundial e nacional, ao orientar os profissionais para a prestação de cuidados centrados na família e no ciclo de vida (Portugal, 2004).

Como abordado no item anterior, inicia-se uma reforma nos CSP com vista a melhorar a sua capacidade, qualidade e eficácia. O Decreto-Lei nº298/2007 estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, até então, USCP. É estipulado que cada enfermeiro pode prestar cuidados a cerca de 300-400 famílias por determinada área geográfica. O papel promissor do enfermeiro é novamente reforçado enquanto agente de mudança dos CSP e em contexto de proximidade com as famílias a quem presta cuidados (Decreto-Lei n.º 298/2007).

Assim, e no seguimento cronológico dos acontecimentos, a definição de enfermeiro de família surge legislada através do Decreto-Lei nº118/2014, onde explicita que enfermeiro de família consiste no "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" (p.4070).

A Ordem dos Enfermeiros vem em 2010 regular as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2010). Em 2017, pela mesma entidade, são criados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, sob a alçada do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (OE, 2017) e é ainda criada a Área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar. O quadro legal das Competências Específicas Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – na Área de Enfermagem de Saúde Familiar surge em diário da república no Regulamento nº 428/2018. Sucintamente, são referidas como competências específicas desta especialidade (Regulamento nº 248/2018, p.19355-19356):

> "1 - Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção"; e
>
> "2 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar".

Neste sentido, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar deve atender à família como unidade de cuidados, considerando os seus membros singularmente, bem como a família como um todo, ao longo do seu desenvolvimento e subsequentes transições. Enquanto papel de gestor e organizador de recursos familiares potencializadores da família,

colabora na mobilização de recursos com o objetivo de capacitá-la face às especificidades e exigências que surjam ao longo do ciclo vital.

Cada vez mais reconhecida a imprescindibilidade e adequabilidade da figura do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, o nº 4 do artigo 7º , do Decreto-Lei nº73/2017 (que revoga o Decreto-Lei n.º 298/2007, referente à criação das USF) no qual procede a alterações ao regime das USF, explicita que "Os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar" (Decreto-Lei nº73/2017, p.3129).

2.3.3 Cuidar da família da pessoa com cancro de mama no domicílio

Cuidar da família, independentemente de estar ou não a passar por processos de saúde-doença, pressupõe o conhecimento da mesma, numa perspetiva dinâmica e muldimensional, considerando ainda o seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento (Figueiredo, 2012; Shajani & Snell, 2023).

Tendo em consideração o paradigma salutogénico, o conhecimento das dimensões física, psicológica, socio-cultural e espiritual facilitam a resolução de problemas e gestão do stress, levando a uma ação promotora da saúde e qualidade de vida (Figueiredo & Amendoeira, 2019; Martins et al., 2023).

De acordo com Neuman, a saúde resulta do equilíbrio entre um fator desencadeador de stress e a consequente reação desenvolvida pelo sistema cliente. Considera ainda, que é fulcral um processo de estabilidade, na medida em que, a um período de desequilíbrio acrescido, podem estar comprometidas as suas necessidades e consequentemente, adoecer. É mais uma vez neste sentido, que o enfermeiro tem o papel de ajudar à estabilidade/restabelecimento da homeostasia, favorecendo a ligação entre a família, ambiente, saúde e a enfermagem, com vista ao estado dinâmico de harmonia e equilíbrio. Assim, mediante avaliação dos efeitos reais e do impacto que o fator desencadeador de stress causa ao sistema familiar, compete ao enfermeiro direcionar a sua intervenção aos vários níveis de prevenção (Neuman & Fawcett, 2011).

Ora, para obedecer aos preceitos do processo de Enfermagem, o primeiro passo é e será sempre a avaliação inicial (Martins et al., 2023). Neste caso, consiste na avaliação da família, nas suas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, conforme acima referido.

A intervenção do Enfermeiro de família vai muito para além da estrutura do centro de saúde, assumindo o local onde a família habita, um local rico e de eleição para conhecer e intervir

com a família. Figueiredo et al. (2023) reforça esta premissa ao destacar a importância da promoção da visita domiciliária enquanto oportunidade de avaliação do meio físico, familiar e social. Garcia et al. (2019), corrobora esta ideia, acrescentando ainda, que a visita domiciliária permite uma compreensão mais fidedigna do contexto social da família, identificação mais real das necessidades de saúde, existindo uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença.

Emergido no ambiente doméstico da família, e em consonância com os pressupostos de Wright e Leahey, o enfermeiro consegue observar e percecionar aspetos fundamentais como os seus membros significativos, crenças, rituais, hierarquias no seio familiar, bem como aspetos estruturais e funcionais que podem ser facilitadores ou dificultadores nos processos de transição (Shajani & Snell, 2023).

Para além do conhecimento da família, a visita domiciliária incita à reflexão sobre a prática, intercâmbio de experiências e planeamento de intervenções (Gomes et al., 2021; Martins et al., 2023). São apontados a esta prática de cuidados, princípios de integralidade, longitudinalidade, continuidade de prestação de cuidados e promoção de saúde, princípios esses, que devem estar presentes na prática diária do EEESF, conforme consta no regulamento das suas competências (Gomes et al., 2021; Martins et al., 2023). Martins et al. (2023), acrescenta ainda que a visita domiciliária proporciona uma maior humanização de cuidados, sendo o ambiente extra unidade de saúde favorecedor de um cuidado mais acolhedor e, por conseguinte, construtor de um laço de confidência entre os profissionais e os usuários. Estes princípios e benefícios da visita domiciliária favorecem o estabelecimento de uma relação terapêutica mais próxima e eficaz com as famílias, tão necessária para todas as famílias, nomeadamente as que se encontrem a vivenciar um processo de cancro de mama. Sendo a família considerada por Kaakinen e Hanson (2018), como um sistema dinâmico, aberto, em interação com o ambiente, cabe ao enfermeiro especialista colaborar com ela para identificar os agentes stressores e as suas forças internas, para cocriarem um plano de intervenções que vão de encontro às necessidades da família, sendo indubitavelmente o ambiente "natural" da família um local de eleição para tal.

2.4. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico diz respeito à descrição dos procedimentos e caminhos que o investigador seleciona, visando obter as respostas válidas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas. Nesta fase, determina-se a finalidade, questão de partida, objetivos, e

desenha-se o percurso no qual serão obtidas essas respostas. Nele, são definidos ainda, o tipo de estudo, a população, instrumentos e procedimentos de recolha de dados, tratamento dos dados, bem como é realizada a análise e discussão dos resultados obtidos (Vilelas, 2022).

2.4.1 Problemática, questão de investigação e objetivos

Em 2018, a nível mundial, cerca de 18,1 milhões de pessoas foram acometidas de diagnóstico de cancro, das quais 9,6 milhões morreram devido à doença. As previsões apontam para que estes números dupliquem até 2040, com o aumento máximo nos países de rendimento baixo a médio, que são responsáveis por mais de dois terços dos cancros a nível mundial. Os tipos de cancro mais comuns diagnosticados são o cancro do pulmão e o cancro da mama feminino, que representam 11,6% de todos os casos, seguidos dos cancros colorretais (10,2%) (World Health Organization, 2020).

De acordo com os dados da ULSAM, as principais causas de morte, em 2018, no Alto Minho, tal como na Região Norte e em Portugal, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos (744, 8.985 e 27.849, respetivamente) e das doenças do aparelho respiratório (Portugal, 2021). Assim, também a nível regional a área dos tumores malignos assume um papel de destaque, quer pelo doente, quer pela família que vivencia todo este processo.

No presente local de ENP, através dos programas informáticos MIM@UF e SClínico®, identificaram-se 11 famílias que tiveram um dos membros a sofrerem de cancro de mama no ano de 2023. Nessa mesma USF, 117 utentes apresentavam associado ao seu processo clínico o código de neoplasia maligna da mama.

Cada vez mais presente nas famílias, o diagnóstico de cancro tem um impacto brutal no sistema familiar e em todos os seus subsistemas, desencadeando uma transição de saúde-doença à qual está associada um momento de crise, sentimentos de perda, término do projeto de vida, e morte (Barbosa et al., 2016). Perante estas alterações da dinâmica familiar, o enfermeiro tem o papel de capacitação da mesma, devendo envolvê-la na cocriação dos seus projetos de saúde, com vista ao restabelecimento da homeostasia familiar (Figueiredo, 2023).

Tal como mencionado no subcapítulo anterior, é competência dos enfermeiros de família prestar cuidados ao longo do desenvolvimento do ciclo vital, aos vários níveis de prevenção, tomando sempre a família como unidade de cuidados. Assim, pela centralidade que assume a família enquanto foco de cuidados do enfermeiro de saúde familiar, pelo impacto que a

doença acarreta, bem como a sua duração muitas vezes prolongada e no sentido de nortear esta investigação, surge a seguinte **questão de investigação**: *Como se processa a transição familiar perante a pessoa com cancro de mama?*

O **objetivo geral** consiste em compreender o processo de transição da família perante a pessoa com cancro da mama, sendo para tal, definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o processo de perdas da família perante a pessoa com cancro de mama;
- Identificar as necessidades da família no processo de transição perante a pessoa com cancro de mama;
- Identificar as dificuldades da família no processo de transição perante a pessoa com cancro de mama;
- Identificar o processo de transição da família perante a pessoa com cancro de mama;
- Identificar as expectativas da família, no seu processo de transição perante a pessoa com cancro de mama, acerca dos cuidados do enfermeiro de família;
- Analisar as propostas de melhoria relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição da família perante a pessoa com cancro de mama.

A finalidade do estudo consiste em facilitar o processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama, e proporcionar as mudanças/inovação nos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar.

2.4.2. Metodologia e tipo de estudo

Em consonância com a questão de investigação e os objetivos delineados, optou-se pelo paradigma qualitativo, um estudo exploratório e descritivo. O seu cariz descritivo permite descrever e compreender as especificidades, caraterísticas e traços importantes do fenómeno da população em estudo (Hernandez Sampiéri et al., 2013; Vilelas, 2022). Analisa ainda, como se manifesta o fenómeno e as suas componentes, delimitando os factos que sustentam o problema de investigação. A abordagem exploratória proporciona maior familiaridade com o problema ao torná-lo mais explícito, onde se obtém uma visão geral e aproximada dos objetos de estudo, fornecendo conceitos e ideias passíveis de se tornarem problemas mais precisos para investigações futuras (Vilelas, 2022).

Nos estudos qualitativos existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito que não é passível de ser traduzido por números e/ou técnicas estatísticas. A interpretação dos fenómenos e a atribuição dos respetivos significados são elementares neste tipo de abordagem (Vilelas, 2022). Segundo o mesmo autor, a análise qualitativa incide mais sobre

a "dinâmica, individual e holística do ser humano" (p.430), onde se analisam amostras de tamanho reduzido, sem tentativa de controlo por parte do investigador. Importa assim compreender o significado atribuído pelas pessoas a um fenómeno, acima da interpretação dos mesmos (Vilelas, 2022).

Neste sentido, e, sendo a finalidade do presente estudo compreender o processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama, importa explorar e aprofundar o conhecimento acerca desta problemática, percecionar a pluralidade das vozes dos que a experienciam, centrando-nos no modo com as famílias interpretam e dão sentido a este processo transacional.

2.4.3. Participantes do estudo

Entende-se como população um conjunto de indivíduos com uma ou mais caraterísticas comuns e se encontram num espaço conhecido, no qual se pretende investigar determinadas propriedades (Vilelas, 2022).

Tendo em consideração a problemática, questão de investigação, e objetivos expostos, definiu-se como população do presente estudo as famílias cujo membro tenha sofrido cancro da mama em 2023.

Para proceder à seleção dos participantes para o presente estudo, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Famílias com membros (mulher) com diagnóstico de cancro da mama em 2023;
- Terem mais que 18 anos;
- Estarem inscritos na USF onde se realizou o estágio e que se mostraram disponíveis para participarem no estudo.

Relativamente aos critérios de exclusão, definiram-se os seguintes:

- Famílias que não dominassem a língua portuguesa;
- Famílias unipessoais;
- Famílias cujos membros apresentem défices cognitivos que os impossibilite de responder aos instrumentos de recolha de dados;
- Famílias que se encontrassem a vivenciar outro tipo de doença oncológica.

O número final de participantes obteve-se perante a saturação de categorias ou saturação teórica (Vilelas, 2022), ao não se verificar na análise dos dados o surgimento de factos novos e o adequado desenvolvimento dos conceitos teóricos. Foram realizadas no total 7 entrevistas familiares (EF) no presente estudo.

De modo a ter uma panorâmica dos participantes, procedeu-se a uma caracterização sucinta das famílias (Quadro 2). Relativamente ao tipo de famílias entrevistadas, a maioria era de tipo nuclear (n=4), seguido de duas famílias reconstruídas e uma com tipologia alargada.
A faixa etária com o que o membro foi acometido de cancro de mama foi diversificada, havendo três casos entre os 40-50 anos, nas faixas de 30-40 anos, 50-60 anos, 60-70 anos e superior a 80 anos, um caso em cada um, respetivamente.
No que respeita à fase do ciclo vital familiar, a maioria encontrava-se na fase da saída dos filhos (n=4), uma família encontrava-se ainda na formação e casal, outra na fase correspondente à entrada da criança para a escola e outra com filhos adolescentes. De acordo com a escala de Classificação Social da família de Graffar (Anexo I), foram classificadas 4 famílias como Classe II (classe média alta), uma família com Classe I (classe alta) e por fim, uma com Classe III (classe média).

Entrevistado	Tipo de família	Fase do ciclo vital familiar	Faixa etária do membro atingido	Classificação social
EF1	Nuclear	Saída dos filhos	40-50 anos	Classe I
EF2	Nuclear	Filhos adolescentes	40-50 anos	Classe II
EF3	Nuclear	Saída dos filhos	50-60 anos	Classe II
EF4	Reconstruída	Saída dos filhos	60-70 anos	Classe II
EF5	Alargada	Saída dos filhos	< 80 anos	Classe II
EF6	Reconstruída	Formação de casal	30-40 anos	Classe III
EF7	Nuclear	Entrada de criança para escola	40-50 anos	Classe II

Quadro 2 - Caraterização dos participantes no estudo

2.4.4. Instrumento de recolha de dados

Quando o investigador quer compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno, pode ser utilizada a entrevista semiestruturada, pois permite relatar livremente as suas experiências e vivências acerca do assunto em estudo. São combinadas perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistador direciona no momento que achar oportuno as questões, por forma a elucidar alguns aspetos que necessitem de ter resposta. Ainda, quanto à tipologia

das questões, podem ser usadas questões descritivas, avaliativas e hipotéticas (Vilelas, 2022).

Segundo Bardin (2016), esta entrevista em particular, favorece a liberdade e espontaneidade dos participantes em responderem acerca de como viveram, sentiram, pensaram sobre o que é questionado. Características como o processo cognitivo, sistemas singulares de pensamento, valores e representações, conferem a cada resposta um cunho singular.

Neste sentido, é muito importante que o entrevistador proporcione um clima de confiança e motivação nos participantes, técnicas de comunicação verbal e não verbal que incitem à participação dos entrevistados (Shajani & Snell, 2023).

Neste sentido, e por forma a favorecer o clima supramencionado, aquando do agendamento da entrevista foi dado a escolher às famílias o local das entrevistas.

O ambiente doméstico, possibilitou encontrar membros significativos, conhecer em primeira mão o ambiente físico e experienciar o ambiente social da família (rituais, hobbies, interações de papéis no subsistema familiar), apresentando em contrapartida, a necessidade de maior controlo sobre as variáveis como interrupções (p.e. telefones, campainhas, visitas), ou animais domésticos (Shajani & Snell, 2023). Neste contexto domiciliário, ocorreram 3 entrevistas familiares. As demais entrevistas familiares (n=4) tiveram lugar na USF, onde a sala foi devidamente preparada (disposição da sala, eliminação de material desnecessário). A vantagem deste último local, e de acordo com a mesma autora, prende-se com um custo administrativo e pessoal menor. Pode apresentar como desvantagem ser um local menos convidativo, podendo intimidar os entrevistados por não ser o "seu" lugar.

Antes da aplicação da entrevista aos participantes, procedeu-se à validação da mesma. Foi aplicado o guião da entrevista (Apêndice II) a 2 famílias que reuniam as caraterísticas da população escolhida, não se verificando necessidade de ajustar questões e/linguagem empregue. Neste guião, foi realizado um breve enquadramento sociodemográfico das famílias (parte I), e na parte II, incluíram-se 6 questões de resposta aberta.

As entrevistas ocorreram entre dezembro 2023 e janeiro 2024, seguiram uma lógica de afunilamento, ou seja, iniciamos por colocar questões mais abrangente e estruturantes para questões mais especificas.

Ao iniciar a entrevista, explicou-se o objetivo e finalidade da investigação, garantiu-se a confidencialidade da informação obtida, solicitou-se a assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE) (apêndice I).

As respostas verbais às entrevistas foram gravadas em registo áudio, após consentimento dos participantes, sendo imediatamente codificadas após o término das mesmas.

2.4.5 Tratamento e análise dos dados

Finalizada a recolha dos dados, passa-se a apresentar o tratamento e análise dos dados obtidos. Como referido no item anterior, os estudos qualitativos tentam captar a essência da experiência humana, proporcionando uma visão profunda e globalizante do ser humano. Tendo recorrido à entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados, o tratamento e análise de dados realizou-se através da análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin. Esta autora refere, que é através de um conjunto de procedimentos sistémicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que a análise de conteúdo obtém indicadores que possibilitam a inferência de conhecimentos associados às condições de produção/receção dessas mensagens (Bardin, 2016).

Neste sentido, esta técnica de análise de dados usada em processos de investigação, oscila entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Ou seja, perante a elaboração de indicadores, são estes, que devem impulsionar o investigador a realizar uma segunda leitura da comunicação, baseado na dedução e inferência (Vilelas, 2022).

A análise de conteúdo é dotada de duas funções que podem coexistir e inter-relacionar-se (Vilelas, 2022):

- Função heurística – ao examinar respostas pouco exploradas, favorece o aparecimento de novas hipóteses e potencia a descoberta, enriquecendo a pesquisa exploratória;
- Função administrativa da prova – permite verificar as hipóteses formuladas, através de questões ou afirmações provisórias.

Após a transcrição integral do conteúdo das entrevistas, devidamente codificadas, a análise realizou-se em conformidade com o processo de explicitação, sistematização e expressão de mensagens, nos 3 polos cronológicos que enuncia como as seguintes etapas (Bardin, 2016):

a) pré-análise – correspondente à fase de organização e sistematização dos achados, na qual se selecionam os documentos a serem analisados, verificam os objetivos iniciais da pesquisa (em relação aos dados obtidos) e se elaboram os indicadores norteadores da interpretação final;
b) exploração do material – codificação dos dados colhidos, com vista à compreensão do texto, através da transformação desses dados em categorias e subcategorias, para poderem ser posteriormente discutidos;
c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação – os resultados são tratados por forma a serem significativos, podendo o investigador numa fase posterior propor

inferências, iniciar interpretações em articulação com os objetivos ou de descobertas inesperadas.

Ao longo da análise de conteúdo, Bardin (2016), alerta para o cumprimento de regras essenciais, tais como: a homogeneidade, exaustividade, exclusividade e pertinência, ainda que, preveja ser difícil o seu cumprimento na integralidade da parte de um analista principiante.

No total das 7 entrevistas realizadas a familiares, procedeu-se à transcrição da sua totalidade, correspondendo a cerca de 210 minutos de dados, numa média de 30 minutos por participantes.

2.4.6. Questões éticas

A realização de qualquer investigação pressupõe questões éticas e morais, pelo que devem ser acautelados princípios éticos junto dos participantes envolvidos, tendo como princípio a vida humana enquanto valor máximo a salvaguardar e a promover, conforme a Base 31 da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019).

A presente investigação teve em consideração os princípios emanados pela Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo, e ICN.

A declaração de Helsínquia, surgiu para salvaguardar questões éticas e adotada pela Associação Médica Mundial, em 1949. A última revisão deste documento, realizou-se em abril 2022. De acordo com os pressupostos desta declaração, devem estar presentes em qualquer momento do percurso da investigação envolvendo seres humanos, o direito à preservação da dignidade, integridade, autodeterminação, privacidade e confidencialidade da informação pessoal dos participantes (World Medical Association, 2022).

Por sua vez, a convenção de Oviedo realça a defesa pela proteção dos direitos humanos e dignidade do Ser Humano, face às aplicações da Biologia e da Medicina, sendo criada em 1997. Este, é ainda é o único instrumento jurídico internacional, que visa coibir o recurso indevido das inovações na área da biomedicina (Conseil de L'Europe Portail, 2024).

Seguindo estes pressupostos, e, em alinhamento com a tomada de posição do ICN (2011), e com os referenciais norteadores da profissão, utilizou-se o CILE, através do qual os participantes tomaram conhecimento da finalidade do estudo, natureza, duração da investigação e métodos utilizados. Beneficiaram ainda, do direito de autodeterminação e do poder de decidir livremente sobre a sua participação e eventual termo a qualquer momento da investigação. Foi solicitada a autorização de gravação da entrevista e mencionado que

estas seriam imediatamente codificadas para garantir o princípio da justiça e da privacidade. Antes de ser assinado o CILE, explicou-se que os dados colhidos seriam mantidos de forma segura e acessível e destruídos após 5 ano da conclusão da investigação (Vilelas, 2022).

Relativamente aos pedidos de realização do estudo e em conformidade com capítulo V, do artigo 16 da convenção de Oviedo, foi solicitada às instâncias hierarquicamente superiores a autorização de realização de estudo de investigação, nomeadamente à Coordenadora da USF do local de estágio (Apêndice III) e à Enfermeira em funções de chefia do CS em causa (Apêndice IV), bem como à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ULSAM, com parecer favorável - parecer nº 89/2023 (Anexo II).

Face ao exposto, considera-se, portanto, o cumprimento dos princípios éticos para a realização deste estudo.

2.5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados resulta da decomposição dos mesmos em partes constituintes e simultaneamente a sua síntese, ao "explorar as relações entre as partes estudadas e proceder à reconstituição da totalidade inicial (Vilelas, 2022, p. 449).

De seguida segue a discussão dos resultados, no qual se articula o corpus de análise com o enquadramento conceptual anteriormente abordado.

2.5.1. Apresentação e análise dos resultados

Transcritas as 7 entrevistas familiares, iniciou-se a apresentação e análise dos resultados obtidos, correspondendo à exposição dos mesmos. De acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2016), procedeu-se à análise dos resultados através de um processo de sistematização, no qual se definiram as categorias e subcategorias mediante as temáticas e subtemáticas emergentes.

Face à análise do processo de transição familiar perante a pessoa com cancro de mama enquanto desafio à Enfermagem de Saúde Familiar, resultaram da análise de conteúdo as seguintes áreas temáticas (Quadro 3):

1	Processo de perdas na transição familiar relatado pela pessoa com cancro de mama e família
2	Sentimentos e emoções experienciados no processo de transição familiar perante o diagnóstico de cancro de mama
3	Reações face ao diagnóstico de cancro de mama da mulher e do cônjuge
4	Perceção das repercussões dos tratamentos oncológicos sobre a imagem corporal da mulher
5	Pessoa com cancro de mama e implicação na dinâmica familiar
6	Necessidades da família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama
7	Dificuldades enfrentadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama
8	Estratégias mobilizadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama
9	Avaliação da experiência de vida da família perante o diagnóstico de cancro de mama
10	Expectativas da família acerca dos cuidados do enfermeiro de família perante o diagnóstico de cancro de mama
11	Propostas de melhoria verbalizadas pela família relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama

Quadro 3 – Áreas temáticas emergentes

Expostas as áreas temáticas, passam a apresentar-se os resultados com menção às diferentes categorias e subcategorias desenvolvidas, recorrendo à transcrição de narrativas usadas como unidades de análise. Informa-se ainda, que a totalidade das unidades de análise se encontram disponíveis para consulta no Apêndice V.

Para iniciar o conhecimento acerca da vivência do processo de transição familiar perante um membro com cancro de mama, colocou-se a questão: "O que considera que perderam ou podem perder com esta situação de doença?", e a partir da qual se obtiveram as seguintes áreas temáticas:

- Processo de perdas na transição familiar relatadas pela pessoa com cancro de mama e família;
- Sentimentos e emoções experienciados no processo de transição familiar perante o diagnóstico de cancro de mama;
- Reações face ao diagnóstico de cancro de mama da mulher e do cônjuge;
- Perceção das repercussões dos tratamentos oncológicos sobre a imagem corporal da mulher; e
- Pessoa com cancro de mama e implicação na dinâmica familiar.

Relativamente ao "processo de perdas na transição familiar relatadas pela pessoa com cancro de mama e família", e após a análise de conteúdo, tiveram origem as seguintes categorias: perdas da mulher com cancro de mama e perdas do cônjuge (Diagrama 1).

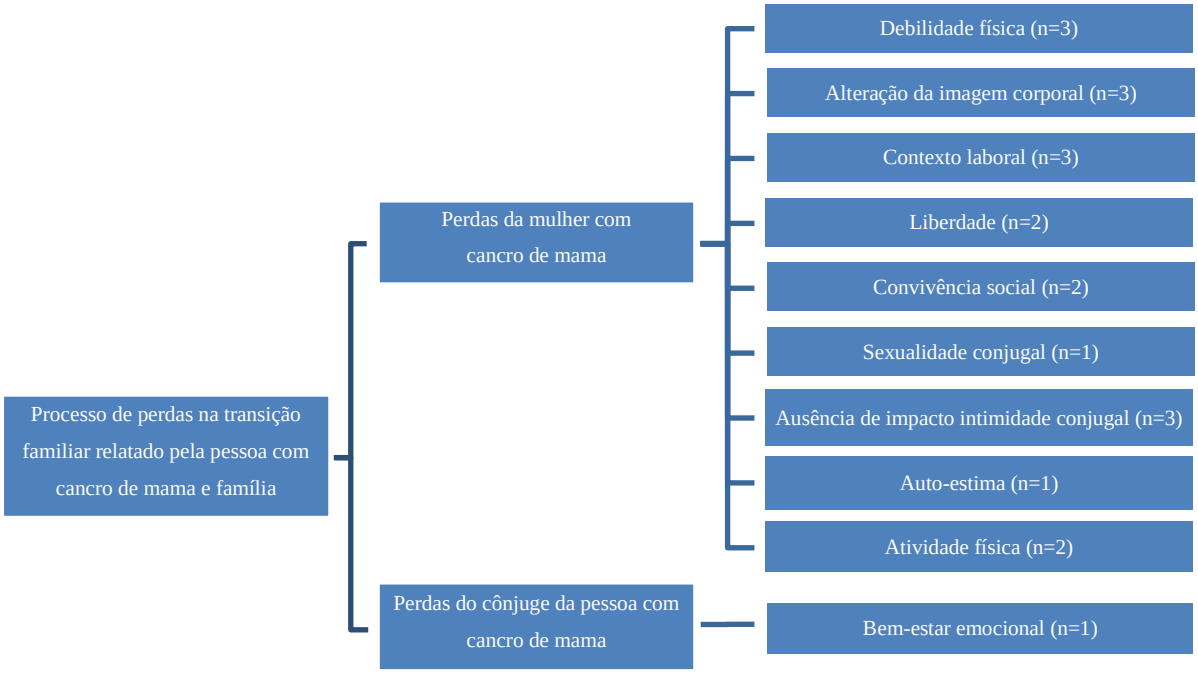


Diagrama 1 - Processo de perdas na transição familiar relatado pela pessoa com cancro de mama e família

Na categoria "perdas da mulher com cancro de mama", foram identificadas oito subcategorias: **debilidade física; alteração da imagem corporal; contexto laboral; liberdade; convivência social; sexualidade conjugal; ausência de impacto na intimidade conjugal; auto-estima** e **atividade física**.

A "debilidade física" foi obtida a partir dos relatos de três participantes:

- EF1 – *"(…) se calhar a única perca que eu vejo é os efeitos secundários de... Dos tratamentos, não é? Os que me fragilizaram mais e daqui a daqui lá (…)";*
- EF3 – *"(…) Perdi bem-estar físico, porque estou em constante desconforto (…) Perdi a capacidade de fazer muitas tarefas que fazia a nível doméstico (…)";*
- EF7 – "*(…) Metade das coisas que eu fazia, deixei de fazer. Mas voltei a trabalhar. Porque eu não vou... Primeiro, em termos económicos, a baixa é uma piada. É surreal. Não é? E para além disso, eu gosto de trabalhar. Eu não me vejo a estar em casa ou a ir passear e fazer caminhadas de manhã e não sei o quê. Eu gosto de trabalhar (…)".*

A “alteração da imagem corporal” foi referida por três participantes:

- EF1 – *“(…) E em casa andei sempre sem touca à frente dele e da filha. Se os meus pais fossem lá ou se os amigos fossem lá, aí punha a touca (…)”;”(…)É uma preocupação, não é? Porque tu começas a pensar também como mulher. É uma preocupação. A visão que ele teria em relação a mim. E posso-te dizer que não notei nunca, nunca da parte dele, nem quando estava nos tratamentos, nem antes dos tratamentos, nem no fim de todo (…)”*
- EF4 – *“(…) Eu perdi a mama, não é? Pronto, a nível físico, não é? E esvaziei a axila. Mas, mais nada (…)”;*
- EF7 – *“(…) Obviamente que não gosto de me ver com estes quilos a mais, careca. Não é aquela imagem que eu gosto de ter de mim. Mas é temporário (…)”.*

A subcategoria “contexto laboral” foi gerada a partir das narrativas de três participantes:

- EF1 – *“(…) Eu deixei de trabalhar e perguntavam-me o que é que é a enfermeira, está doente, não é? (…);*
- EF3 – *“(…) perdi trabalho, porque estou de baixa. Então, sem isto era impossível (…)”;*
- EF7 – *“(…) Metade das coisas que eu fazia, deixei de fazer. Mas voltei a trabalhar. Porque eu não vou... Primeiro, em termos económicos, a baixa é uma piada. É surreal (…).*

A “liberdade” foi referida por dois participantes:

- EF3 – *“(…) perdi a liberdade (…)”;*
- EF7 – *“(…) um bocado isso, uma certa liberdade para fazer outras coisas. Um bocadinho que é a questão que ela está (…)”.*

A “convivência social” foi narrada por dois participantes:

- EF3 – *“(…) convivência social (…)”;*
- EF7 – *“(…) Não podemos fazer férias (…)”.*

A “sexualidade conjugal” foi referida por um participante, do seguinte modo:

- EF3 – *"(…) Perdemos, pelo menos até ao momento, a nossa sexualidade, completamente (…); (…) Ainda que durmamos no mesmo quarto, agora durmo numa cama articulada para me poder mexer mais à vontade, e por causa do medo que me toque na ferida. Ainda estou muito sensível, e para levantar e deitar, logo a seguir à operação era um sacrifício. E depois, com esta fase de carequinha e tudo isto… (…)".*

Surgiu a necessidade de criar a subcategoria "ausência de impacto na intimidade conjugal", após analisar as narrativas de três participantes:

- EF1 – *"(…) A visão que ele teria em relação a mim. E posso-te dizer que não notei nunca, nunca da parte dele, nem quando estava nos tratamentos, nem antes dos tratamentos, nem no fim de todo. Nenhum tipo de distanciamento (…)";*
- EF2 – *"(…) Agora, receio de que ele me rejeitasse… Não, eu não me senti assim (…");*
- EF7 – *"(…) Acho que é tudo uma questão de adaptação, não é uma fase transitória como ela disse. Depois vai recuperar a forma dela. Estou consciente que é uma fase transitória (…)".*

A "autoestima" foi gerada pela resposta de um participante:

- *EF3 – "(…) Perdi a autoestima, porque enquanto não tiver a reconstrução mamária, não é possível dizer que se mantém a autoestima que tinha antes (…)".*

A concluir esta categoria das perdas da mulher com cancro de mama, verificou-se através da narrativa de dois participantes a "atividade física":

- EF3 – *"(…) eu deixei de caminhar praticamente, a tipo de caminhada que fazíamos, subir serras e fazer ecotrajetos na natureza, trilhos, não tenho capacidade física para isso, o meu caminhar é passear e muito tempo (…); (…) As práticas de yoga que eu gosto e que eu vinha tentando implementar, ainda não retomei. Pela condição física. Exato. Não me sinto capaz (…)";*
- EF7 – *"(…) Há coisas que deixamos de fazer porque, por exemplo, ao domingo de manhã, era uma coisa que eu fazia com o meu filho. De ir correr e ele andar de bicicleta (…)".*

Na categoria "perdas do cônjuge da pessoa com cancro de mama", surgiu a subcategoria **bem-estar emocional**, através da seguinte narrativa:

- EF4 – *"(...) Obviamente houve uma tensão inicial, até perceber que as coisas iam correr bem (...)".*

A segunda área temática, que surgiu com a primeira questão e ao longo do desenvolvimento da entrevista, diz respeito aos "sentimentos e emoções experienciados no processo de transição pela pessoa com cancro de mama e família". Apuraram-se com a análise de conteúdo as categorias: **esperança; medo; tristeza do cônjuge;** e **coragem do cônjugue (**Diagrama 2)

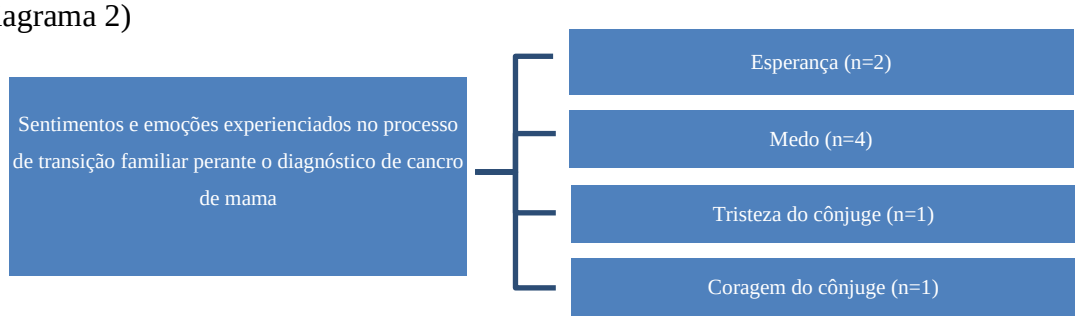


Diagrama 2 - Sentimentos e emoções experienciados no processo de transição familiar perante o diagnóstico de cancro de mama

A categoria "esperança" foi criada atendendo aos relatos de dois participantes:

- EF1 – *"(...) a gente encarou as coisas bem, positivamente (...)";*
- EF4 - (…) *Existe a esperança que não volte. Não é? Com a noção de que é uma doença que tem cura relativa. Nós sabemos isso. Há pessoas que ao fim de cinco anos, dez anos reaparecem ao mesmo sítio. Ou num outro sítio qualquer. E pronto. Não penso nisso. Não. Acho que não vale a pena viver (...) Tratamos e temos a esperança de que vai ficar tratado (...)".*

O "medo" foi referido por quatro participantes, seguindo alguns exemplos:

- *EF2 – "(...) No primeiro momento, quando o notei, quando fui, quando me disseram que era preciso biopsar e quando depois me disseram que tinha que esperar três semanas para saber realmente o que enfrentávamos. Claro que tive medo de que é o que havia aí, do desconhecido. Medo do desconhecido (...)";*

- EF3 – *"(…) um medo de morte. Depois disso, o medo da dor. Recordo. O medo de o que é que eu vou ter que passar em termos de dor física. Porque também temos a dor emocional. Não é? Mas tive muito receio da dor física (…)";*
- EF5 – *"(…) Porque há sempre o medo... Não é? Muitas vezes ao diagnóstico de cancro está associado o medo de morte, não é? O medo de morte, o medo de sofrer pelos tratamentos... (…)".*

Ainda que abordado apenas por um participante, a "tristeza do cônjuge" foi elencada como sentimento/emoção no presente processo:

- EF2 – *"(…) momento mais triste. Sim. No momento, por exemplo, do internamento dela. Ou assim, olha, pegar o telefone, olha, conversar um bocadinho (…)".*

Em contrapartida, a "coragem do cônjugue" foi também sentida por um dos participantes, através da seguinte narrativa:

- EF3 – *"(…) Positivismo, coragem...Está no início e tem um fim. Vai ter um fim. Ou se calhar já teve esse fim até. Se calhar já teve. Estamos a pensar que já teve (…).*

As "reações face ao diagnóstico de cancro de mama da mulher e do cônjuge" originaram-se a partir das evidências apuradas nos resultados das entrevistas, enquanto área temática, surgindo as categorias: **desespero, medo; pensamento de morte; tristeza; otimismo; ocultação do diagnóstico** e **enfrentamento** (Diagrama 3).

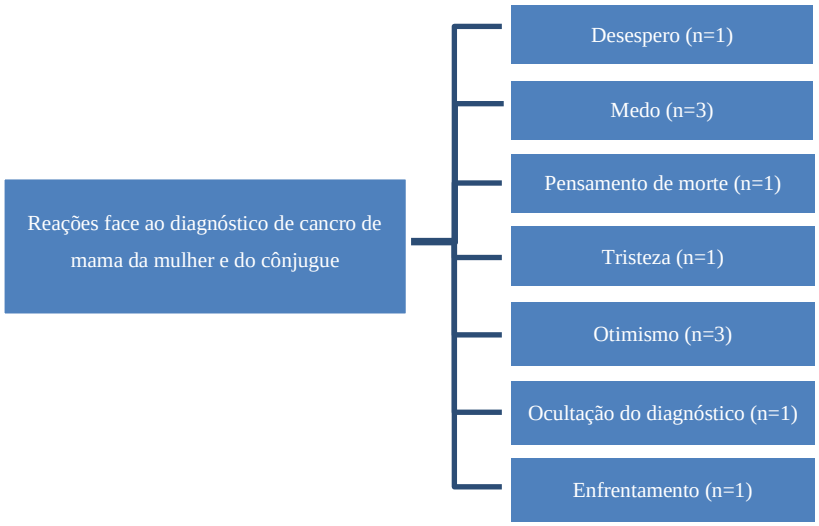


Diagrama 3- Reações face ao diagnóstico de cancro de mama da mulher e do cônjuge

O "desespero", em relação ao momento do diagnóstico, surge na voz de um dos participantes com a seguinte narrativa:

- EF1 – *" (...)Aliás, quando eu vi o relatório, estávamos numa consulta que eu abri e vi o relatório, disse-lhe a ele, olha, estou perdida (...)".*

Três participantes atribuíram significado ao "medo", através das seguintes palavras:

- EF1 – *"É assim, o medo tu tens sempre (...) a minha cabeça, sim, tinha medos e lembrava-me de pessoas que realmente eu tratei e que os vi sofrerem muito, muito, muito, mas nunca falei isso com eles, porque só lhe iria causar sofrimento a eles (...)"*; *"(...) A visão que ele teria em relação a mim. E posso-te dizer que não notei nunca, nunca da parte dele, nem quando estava nos tratamentos, nem antes dos tratamentos, nem no fim de todo (...)".*
- EF2 – *"(...) Claro que tive medo de que é o que havia aí, do desconhecido. Medo do desconhecido… De até onde vai isto (...)";*
- EF3 – *"(...) maior dificuldade é o medo, essencialmente. O medo inicial, que seja uma situação demasiado grave, que possa não ter solução. Em última instância, um medo de morte. Depois disso, o medo da dor. Recordo. O medo de o que é que eu vou ter que passar em termos de dor física. Porque também temos a dor emocional (...)".*

Perante a concretização da análise de conteúdo, a categoria "pensamento de morte" foi referida por um participante:

- EF2 – *"(...) Em última instância, um medo de morte (...)".*

A "tristeza" foi manifestada como um dos sentimentos vivenciados por um dos participantes:

- EF2 – *"(...) então me mandaram uma mensagem assim. Diz que está passado, R. está muito triste (...). O R. até estava num momento mais triste (...)*.

Num polo oposto, o "otimismo" pautou as vivências de três participantes ao afirmarem o seguinte:

- EF1 – *"(...) O medo tu tens sempre, mas temos de ser positivos! (...)";*
- EF3 – *"(...) E vou pensar que vai correr tudo pela positiva. Porque o detetámos cedo (...) Porque me tenho mantido sempre muito positiva, sempre com um mindset muito... focado em boas energias (...) Portanto, é uma doença como qualquer outra que... Positivismo, coragem! (...)";*

- EF4 - *"(…) Mas com toda a positividade que quer a minha irmã, quer o meu cunhado sempre tiveram perante este tipo de bicho mau, que toda a gente lhe chama, seria muito estranho ela estar muito negativa (…)".*

A categoria "ocultação do diagnóstico" foi tida em consideração por um dos participantes, através da seguinte narrativa:

- EF3 – "(…) *Só o J. que foi a única pessoa com quem eu partilhei durante os primeiros meses. Só quando eu já soube exatamente tudo o que ia acontecer em termos de tratamento, cirurgia, data marcada da cirurgia (…). Só em fim de maio é que eu disse aos meus filhos. Contei aos dois. E aos amigos poucos, mas alguns uns dias antes da cirurgia. E fiquei-me por aí. E alguns familiares mais próximos também antes da cirurgia. E fiquei-me por aí. E só no fim de outubro, quando se celebrou o Dia Mundial de Cancro de Mama, é que eu abri para o mundo. Foi nessa altura que senti que se calhar a minha situação pode ser um alerta para alguém. E se servir para ajudar uma pessoa já valeu a pena. E pronto, nessa altura abri para o mundo. Mas foi um processo por etapas e gradual (…)".*

A necessidade de "enfrentamento" ao diagnóstico face ao diagnóstico de cancro de mama surge através da narrativa de um participante:

- EF2 – "(…) *Acho que a gente adapta-se logo à situação e que procura logo ver como é que se pode resolver (…)".*

A área temática "perceção das repercussões dos tratamentos oncológicos sobre a imagem corporal da mulher" surge aquando da análise das entrevistas, e engloba as categorias: **alopécia; mastectomia** e **aumento de peso** (Diagrama 4).

Diagrama 4 – Perceção das repercussões dos tratamentos oncológicos sobre a imagem corporal da mulher

Durante a análise de conteúdo na presenta área temática, quatro participantes consideraram a perda de cabelo como impactante na imagem corporal, dando origem à categoria "alopécia":

- EF1 – *"(...) a altura de me cair o cabelo e aquelas coisas todas, tu vais na rua e toda a gente olha para ti. Não é intencional, mas é normal (...)"*
- EF3 – *"(...) Perdeste o cabelo? (ela) Tento compensar, mas sim (...)".*
- EF6 – *"(...) é diferente conviver com... a queda de cabelo... É um choque! (...)"*
- EF7 – *"(...) Obviamente que não gosto de me ver com estes quilos a mais, careca (...)";*

Relativamente à alteração da imagem corporal, a "mastectomia" foi mencionada por dois participantes:

- EF1 – *"(...) Eu tinha muito medo de... De perder o peito (...)";*
- EF3 – *"(...) Perdi a autoestima, porque enquanto não tiver a reconstrução mamária, não é possível dizer que se mantém a autoestima que tinha antes (...)".*

A categoria "aumento de peso" foi identificada por um dos participantes, através do relato:

- EF7- *"(...) Eu engordei imenso. Não é aquela imagem que eu gosto de ter de mim. Mas é temporário (...)".*

Relativamente à área temática "pessoa com cancro de mama e implicações na dinâmica da família", e através da análise de conteúdos dos dados obtidos, foram identificadas as seguintes categorias: **aumento da coesão familiar; afastamento; transferência de tarefas domésticas; aumento de idas ao hospital;** e **gestão da informação transmitida** (Diagrama 5).

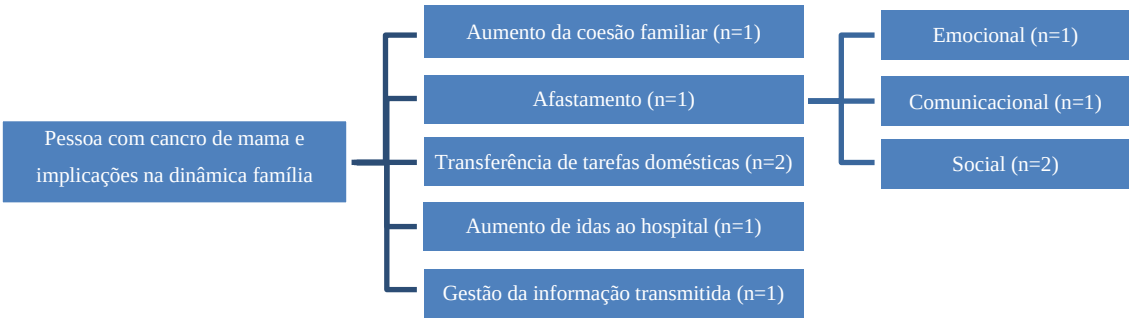


Diagrama 5 - Pessoa com cancro de mama e implicações na dinâmica da família.

A categoria "aumento da coesão familiar", foi referida por um dos participantes:

- EF1 – *"(...) a nível familiar, acho que nos tornou mais coesos, não é? Porque nós acabámos por vivenciar a doença os três sozinhos. Foi uma altura que tu estavas ali, percebes (...)".*

Na categoria "afastamento", emergiram da análise de conteúdo três subcategorias, nomeadamente: **emocional, comunicacional e social**.
O afastamento emocional, foi mencionado por um dos participantes com a seguinte narrativa:

- EF1 – *"(...) tem uma maneira de ser um bocado complicada, porque ela não demonstra qualquer tipo de emoção, nem de medo, nem de... não gosta, ela fecha-se muito (...)".*

Já o afastamento comunicacional foi elencado pelo mesmo participante:

- EF1 – *"(...) Os meus pais, é um bocado problemático, evitavam falar, não é evitava... Eles sabiam do que se estava a passar (...)".*

O "afastamento social" surgiu na voz de dois participantes:

- EF1 – *"(...) Na altura de me cair o cabelo e aquelas coisas todas, tu vais na rua e toda a gente olha para ti. Não é intencional, mas é normal. Eu entendo que isso que é normal, porque até se eu não sair, não é? Eu digo, oh, eu não sabia. E ali não, eu nesse aspeto fui um bocado privilegiada, percebes? Porque eu essa fase, passei aí entre a casa e o IPO e a casa e o IPO (...)";*
- EF2 – *"(...) Para nós, houveram várias situações e foi assim, pronto, porque eu... somos umas pessoas conhecidas e eu não queria também, e como lhe disse ao R., que isto se desbordasse e que toda a gente viesse a mim... Ah, que tal? Queria um bocado de sossego e de... Pronto, de ... pois se calhar de gerir e organizar entre nós, mais pequenas, não tão alargadas entre amigos e familiares (...)".*

A categoria "transferência de tarefas domésticas" foi sentida por dois participantes:

- EF3 – *"(...) Agora a cozinho não cozinhava, ganhei essa capacidade de cozinhar (...);*

- EF7 – *"(…) Começou a fazer muitas mais coisas. A nível dos...Mesmo em casa e em relação aos miúdos. Porque, pelo menos uma das coisas que me acontece que... pronto, tive que pedir ajuda (…) tive que aprender a delegar e a pedir ajuda, essencialmente, a fazer as coisas (…)".*

Um dos participantes referiu no seu discurso o "aumento de idas ao hospital" como uma alteração na dinâmica familiar:

- EF6 – *"(…) de repente começou a haver idas ao hospital, que se não houvesse cancro, não eram precisas. A medicação altera a rotina... Na festa de anos da mãe houve aquela intercorrência, que tiveram então de ir para lá... Essas coisas todas geram crise no sentido de temos que nos mexer para ultrapassar. Não é tudo linear, tudo calmo. Isto abana a família. E até ficamos a ver a vida de outra maneira (…)".*

A "gestão da informação transmitida" foi narrada por um participante:

- EF6 – *"(…) Fomos acomodando a informação. E fomos dando consoante vinham as boas notícias. A parte boa, porque no meio disto tudo quando uma pessoa recebe, tem que filtrar, e então no caso da C., como o processo foi desenvolvendo pelo melhor caminho possível... Não há um bom caminho, mas há um caminho melhor, e como ela foi pelo bom caminho, fomos dando as notícias conforme as coisas boas iam correndo. A cirurgia correu bem, os exames posteriores também levaram a dizer que aquilo, no meio disto tudo, não era dos piores. E está a correr bem na parte hormonal, E vai continuar a correr! (…).*

A segunda questão colocada na entrevista foi "O que consideram ser preciso para conseguir ultrapassar esta nova fase da vida?", levando as suas respostas à criação da seguinte área temática: "necessidades da família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama". Através da análise de conteúdo emergente, identificaram-se as categorias: **acompanhamento do enfermeiro de família; apoio das pessoas significativas; estabelecer uma comunicação franca; desenvolvimento de atividade física; evitar falar da doença** (Diagrama 6).

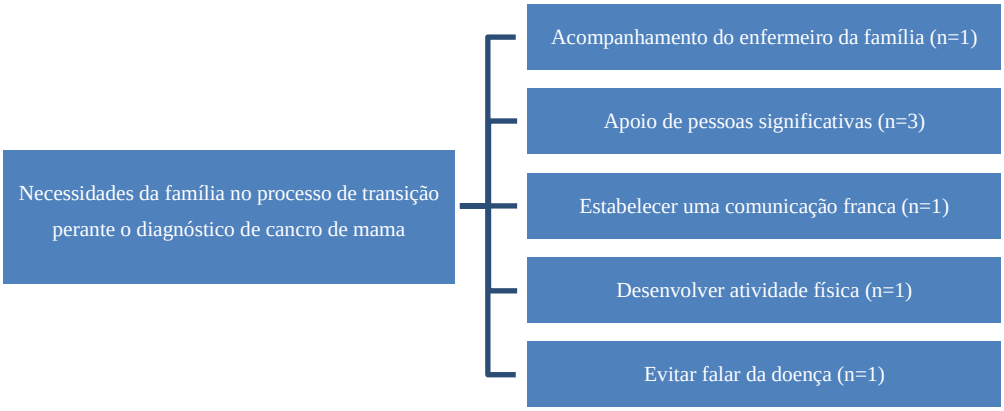


Diagrama 6 - Necessidades da família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama

Ainda que o "acompanhamento do enfermeiro de família" tenha surgido na análise de conteúdo desta categoria, esta apenas foi elencado por um participante:

- EF1 – *"(…) enquanto familiar, eu gostava que, a partir do momento que ele soubesse que nós estávamos a passar por uma situação desta, nós gostávamos que ele fosse lá a casa para ter connosco, para nos dar o tal suporte emocional, que não tinha que ser uma visita domiciliária, podia ser um telefonema, olha, eu sei que está a fazer um tratamento, como é que está a correr, como é que não está, precisa de mim, telefono daqui a X tempo para ver como é que estão a correr outra vez as coisas(…)".*

O "apoio de pessoas significativas" foi valorizado por três participantes:

- EF2 – *"(…) aqueles que sim precisamos que estejam. E vamos tentar pronto.... Utilizar essas.... Sim, essas forças, essas soluções (…)";*
- EF4 – *"(…) O apoio da família, da minha irmã, da minha enteada, do meu marido também foi muito importante, enquanto ele esteve vivo, bem evidente, não é? E nas condições em que ele estava, e deu-me todo o apoio, e foi-me ver quando eu fui operada, com sacrifício, realmente... A minha irmã veio para aqui três semanas, esteve teletrabalho três semanas, para dar apoio cá em casa, porque a B. tem uma vida muito ocupada, porque estava no hospital, não é? E estava a ter a I.?(…)"; houve sempre uma grande agilização das tarefas e da disponibilidade por parte da minha irmã e de amigos (…)".*
- EF7 – "(…) *O meu pai. O pai. A A., que é a minha sócia e a amiga, a E., que também é amiga, são assim, e depois tem-se... Às vezes há pessoas que não estão, mas a ajuda*

não tem de ser física, não é? Há sempre aquelas pessoas que todos os dias estão lá e estás bem (…)".

A necessidade de "estabelecer uma comunicação franca" surgiu a partir de um participante:

- EF2 – *"(…) Eu acho que é uma questão de fazer sempre uma comunicação mais aberta (…)".*

Por sua vez, o "desenvolvimento de atividade física" uma das necessidades sentidas ao longo do processo de transição familiar face ao cancro de mama, referido por um participante:

- EF3 - *"(…) É preciso melhorar os hábitos de educação física, que é de facto o meu ponto mais fraco (…)".*

A finalizar esta área temática, foi identificada através da narrativa de um participante a necessidade de "evitar de falar da doença":

- EF6 – *"(…) Acho que é exatamente isso que uma pessoa tem receio quando somos abordados… Seja por qualquer profissional É de remexer na ferida Às vezes nós precisamos, no meu caso, às vezes preciso que me deixem quietinho ali, de arrumar essa experiência traumática na gaveta. Não é arrumá-la na gaveta, que ela vai estar sempre a viver comigo, ela não foge! Está é arrumada, faz parte de mim, só que quando se anda sempre lá a mexer faz saltar o... pode magoar! Faz-se disparar… no meu caso…(…)"*

Para tomar conhecimento das dificuldades ao longo do processo de transição familiar face ao diagnóstico de cancro de um dos seus membros, foram colocadas as seguintes questões: "O que é mais difícil perante esta notícia? Quais são as maiores dificuldades que enfrentam?". Foram estas questões que nortearam a origem da área temática "Dificuldades enfrentadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama". As categorias advindas desta área foram são as que se seguem: **gerir emoções de terceiros; comunicar a má notícia; medo;** e **pedir ajuda** (Diagrama 7).

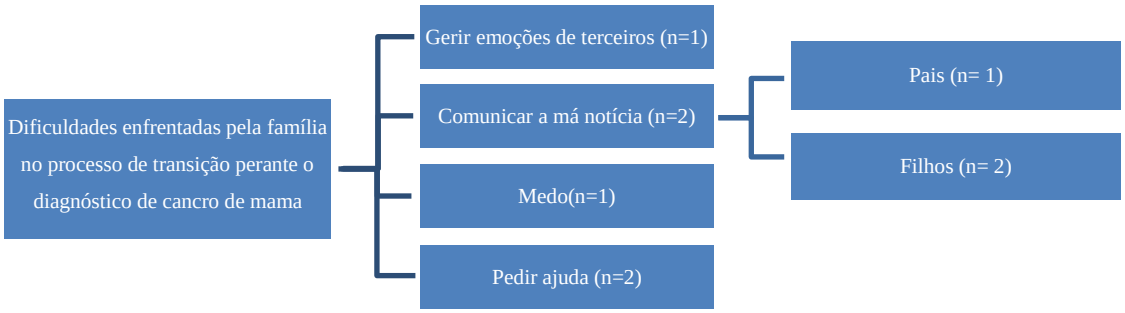


Diagrama 7 - Dificuldades enfrentadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama

A categoria "gerir emoções de terceiros" surge na voz de um dos participantes:

- EF1 – "*(...) Eu acho que para mim o mais difícil e o que me custou mais foi ter que dizer aos meus pais, porque sabia que a partir dali que ia ser.... Coitadinha e porque isto não vai correr bem e porque daqui a pouco... Porque a minha mãe é muito negativa, não é? E foi o que me custou mais. Era gerir as emoções de terceiros (...)".*

Dois participantes referiram como dificuldade "comunicar a má notícia", sendo que desta categoria, surgiram duas subcategorias: **pais**, e **filhos**.
No que diz respeito à subcategoria "pais", o participante mencionou o seguinte:

- EF2 – *"(...) Para mim foi dizer só a minha mãe. Porque como ela já havia tido... Eu imaginava o sofrimento dela... Pronto, fazer uma coisa genética. E de fato assim foi. Ela pegou e pronto, começou a chorar e disse, é culpa minha e tal. Não é culpa tua. Mas para mim foi o momento. Estávamos os três só. Também queria fazer isso a três. E foi mesmo. Eles não sabiam nada (...)Para mim foi assim um momento difícil. Porque sabia o que ela ia pensar, fazer... E pronto, de fato foi assim (...)".*

Quando à comunicação aos filhos, seguem os relatos dos dois participantes que o referiram:

- EF2 – *"(...) Então, eu disse-lhes, vai acontecer uma coisa, que é que o dia 28 vou ser operada. Tenho aqui um problema. Nunca lhes expliquei que era um câncer, nem que era oncológico, nem nada assim. Tenho um problema aqui. E vou resolver. Pronto, tenho que ser operada (...)";*
- EF7 – *"(...) Os meus filhos. Ter que lhes dizer estas coisas e ainda por cima eles parecem de propósito andaram agarrados às minhas mamas o tempo todo no verão.*

Parecia de propósito. Foi uma tortura ter que... Mas expliquei, principalmente ao mais velho (…)".

Um participante fez referência ao "medo" ao longo deste processo transacional:

- EF3 – *"(…) A maior dificuldade é o medo, essencialmente. O medo inicial, que seja uma situação demasiado grave, que possa não ter solução (…)".*

A encerrar esta área temática, o ato de "pedir ajuda" constituiu-se para dois dos participantes como dificuldade ao longo do presente processo de transição:

- EF2 – *"(…) Pois se calhar de gerir e organizar entre nós, mais pequenas, não tão alargadas entre amigos e familiares. Queria um bocado de sossego e de... que isto se desbordasse e que toda a gente viesse a mim (…)";*
- EF7 – *"(…) Para mim é, porque sempre fiz tudo. Pedir ajuda e não conseguir fazer três ou quatro coisas ao mesmo tempo e com a velocidade que eu fazia. É muito difícil. Mas também não posso fazer nada (…)".*

Com vista a perceber as estratégias utilizadas pela família no processo de transição perante a pessoa com cancro de mama, foi colocada a seguinte questão aos entrevistados: "Que estratégias utilizam para atravessar esta transição? Face às respostas obtidas, e decorrentes da análise de conteúdo, surgiram as seguintes categorias**: recurso a profissionais de saúde; recurso a experiências já vividas; aceitação; estabelecer comunicação intrafamiliar; preservar forças interiores; gestão das emoções; evitamento; recurso a grupo de partilha de experiências; recurso a trabalhos manuais; recurso à espiritualidade; recurso à fé; introspeção; resiliência; recurso a ajuda de amigos e familiares;** e **manter o bom humor** (Diagrama 8)

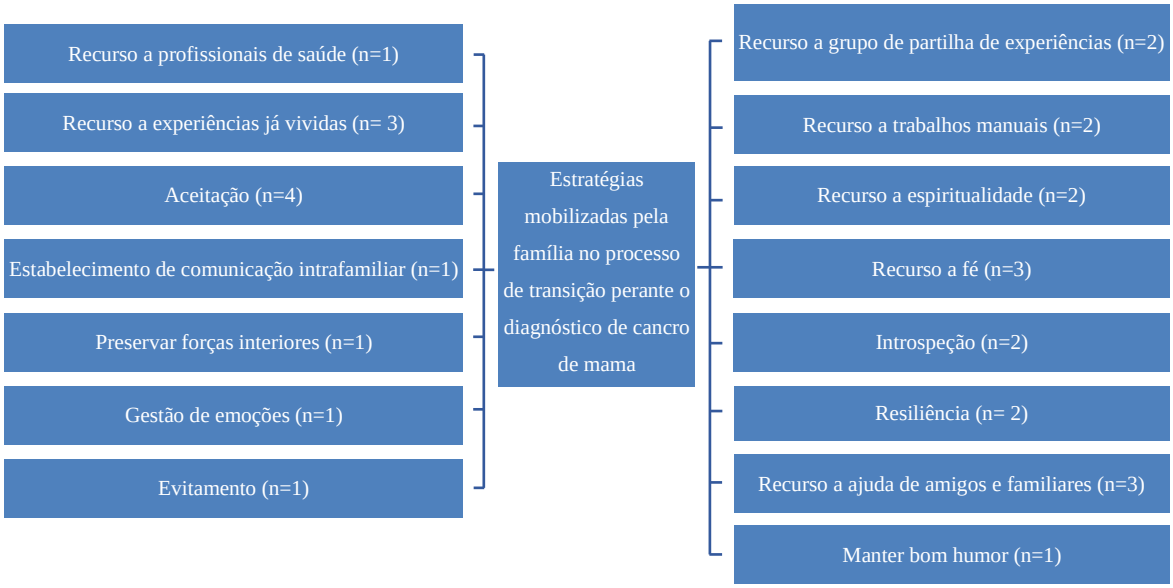


Diagrama 8 – Estratégias mobilizadas pela pessoa com cancro de mama e pelos familiares no processo de transição perante a pessoa com cancro de mama

A categoria "recurso a profissionais de saúde" foi apurada com a narrativa de um participante:

- EF1- *"(…) quando tinha dúvidas, talvez com a J., com a colega do IPO (…); Aqueles meus medos, era com ela que eu os esclarecia (…)".*

Três participantes manifestaram o "recurso a experiências já vividas" como estratégia, dando origem a esta categoria:

- EF1 – "*(…) O facto de tu saberes o que pode vir dali já te transtorna. Mas depois, por outro lado, tu pensas em casos que tu já trataste... Portanto, pode ser tranquilizador como...Tem as duas... Como potenciador de stress. Para mim, como profissional, acho que me ajudou nesse aspeto. Percebes?; (…) Porque pelas pessoas que eu tive que passaram por cancro de mama, e eu lembro-me de algumas e casos muito, muito, muito feios, mas que me vinham muito à cabeça, e que nos meus momentos eu dizia, se ela aguenta, eu também vou ter que aguentar, embora pelo menos duas delas faleceram, isso também me ajudou para ser forte (…)";*
- EF4 – *"(…) Se calhar isso também me ajudou depois no meu processo. Porque foi de passar 8 anos. Já não ser desconhecido. Portanto, os procedimentos para mim já não foram novidade (…) Os próprios tratamentos. Mais a rádio. (…) Claro que uma coisa é ser com os outros. (…) Outra coisa é nós. Nós é que sentimos fisicamente as*

coisas, não é? Mas acho que isso me ajudou muito a eu estar familiarizada com o "tens de fazer isto, tens de fazer aquilo" (...)";

- EF6 – *"(...)No meio disto tudo? Hum…Eu tenho que viver tudo de novo. Repetir. É um déjà vu assim um bocado complicado (...) É diferente. Eu vivenciei de maneira diferente porque agora fico mais próximo. Quando foi a minha irmã mais velha, ela tinha o marido dela. E era ele que acompanhava mais de perto o processo. Agora com o caso da C. sou eu que estou ali, tipo "satélite". E claro, é um bocado mais complicado. É muita informação (...).*

A "aceitação" foi abordada por quatro participantes ao referir:

- EF1 - *"(...) Quando eu estava, quando fazia a quimio, que era o pior, depois passaram dois ou três dias. Pronto. Era...Era aceitar. Já sabiam o que é que se estava a passar. Não podiam fazer muito mais também, não é? (...)*
- EF2 – *"(...) Sabe que eu aceitei a doença muito bem. Mesmo. Aliás, como é que eu ia te explicar? Eu tenho uma postura perante estas coisas que é um bocadinho diferente da maioria das pessoas, não sei (...) É para ser assim, é para aceitar, é para tratar (...)".*
- EF4 – "*(...) Aceitei. Se calhar o facto do meu marido estar com um cancro no pulmão há 9 anos (...)".*
- EF6 – *"(...) nós aceitarmos que as coisas acontecem e vamos mais para a frente, sem a revolta, sem a raiva (...)".*

Através da narrativa de um dos participantes, surgiu a categoria "estabelecimento de comunicação intrafamiliar:

- EF1 – *"(...) A comunicação era uma das estratégias utilizadas (..) Não tens que falar. Até porque é assim. Para mim não era tão desconhecido aquilo que eu iria sentir ou como eu iria ficar ou assim. Mas para eles é uma situação nova, não é? Mas é como te digo, mesmo com a miúda, eu não notei que...E até nem com as pessoas que iam lá a casa, nem com os teus primos e com a E. e com o F. Não notei que, por exemplo, ao olharem para mim, percebes? Ficassem retraídos ou tipo, coitada e daqui. Não. Eu acho que a coisa que foi o normal... (marido) Eu acho que toda a gente era assim, está tudo bem, está tudo na boa, está tudo normal, não é? (...)".*

"Preservar forças internas" foi também mencionada por um dos participantes:

- EF2 – *"(…) Vamos saber quais são as nossas forças para resolver o problema (…)".*

A importância da "gestão de emoções" fez parte de uma das narrativas, originando a presente categoria:

- EF2 – *"(…) gerir a tristeza, deixá-la entrar e fluir (…)".*

O "evitamento" foi apontado como estratégia para enfrentar este processo transacional:

- EF3 – *"(…)20 km por dia. Hoje já foram 30, mas em média 20 km. Vou para a escola a pé, venho da escola a pé. Eu acho que também é uma maneira de ele escapar um bocado (…) um género de um escape. Talvez. Um escape. Para uma eventual dor que possa estar aí, assim, intimamente, a moer um bocadinho (…)".*

Como forma de vivenciar o processo de transição, o "recurso a grupo de partilha de experiência" foi dito em consideração por dois participantes:

- EF1 – *"(…) é uma mais-valia, não é? Porque trocamos experiências e coisas. E vivências e pensamentos e muita coisa. Isso é... De um género de um suporte emocional (…)"*;
- EF3 – *"(…) Eu faço parte de um grupinho do WhatsApp de senhoras que estão a atravessar para um processo similar. Cada uma com as suas especificidades porque é tudo diferente, não é? (…)".*

O "recurso a trabalhos manuais" foi elencado por dois dos participantes:

- EF1 – *"(…) E depois, por exemplo, ela também se entretém muito com o crochê (…)";*
- EF3 – *"(…)tenho um hobby que me ajuda muito que é gostar de fazer crochê. Porque me ocupa e me distrai. Eu passo muitas horas sozinha em casa (…) E os filhos estão fora. (…). E de facto ter um projeto de crochê de manualidades ajuda-me a passar o tempo (…)".*

O "recurso à espiritualidade" surge na voz de dois participantes, com as seguintes narrativas:

- EF3 – *"(…) Uma espiritualidade mais moderna, não é para palavra certa, mas pronto, é uma forma de a explicar. E de facto, tem sido algo que me tem ajudado muito. A meditação, o procurar viver o dia presente, um bocadinho de mindfullness, que eu também já vinha tentando aplicar no meu dia-a-dia (…)"*
- EF5 – *"(…) Quando estamos num momento muito desafiante da vida, até quem não acredita, muitas vezes passa a agarrar-se. Pode não se agarrar a Deus, mas agarra-se a alguém que esteja lá (…)"*

Também como na espiritualidade, o "recurso à fé" foi gerado pelo discurso de três participantes:

- EF4- *"(…) eu tenho uma fé quase inabalável. O meu marido era agnóstico. Mas o efeito era o mesmo para os dois, porque ele reagia da mesma maneira que eu reajo. No meu caso, a minha fé... Eu não posso considerar-me católica porque eu não vou à igreja, por exemplo (…) Acho que sou mais cristã do que católica, mas tenho uma fé quase inabalável (…) ;*
- EF5 - *Ah, isso rezo. Ah, pego-me com os santinhos. Para não sofrer, para a vida correr bem. À minha família, aos meus filhos, aos netos. E ajuda!(…)";*
- EF6 – *"(…) Apesar de que eu pratico a religião católica, mas... há algo sem definir a quem, mas há algo superior... Sim, sim (…) Peço todos os dias ao Senhor por mim e por eles todos. A fé ajuda muito! Ajuda a andar para a frente. A mim ajuda, é uma maneira de andar para a frente, de não perder a esperança. Dou graças a Deus, muitas Graças a Deus (…)".*

Dois participantes fizeram referência aos períodos de "introspeção", dando origem a esta categoria:

- EF2 – "*(…) momento de reflexão, de paragem e de crescimento para mim (…)".*
- EF4 – *"(…) mas tento sempre depois "introspetar", analisar e procurar o lado positivo, ou pelo menos ter um pensamento positivo (…)".*

Dois participantes apontaram como estratégia a "resiliência", apresentando-se os seguintes excertos:

- EF4 – *"(…) Eu acho que são... É a resiliência (...) E a positividade (…). O contacto com pessoas, não é? conheço por...Estou cá há 14 anos e conheço duas ou três pessoas, ou, pronto, mais chegadas, não é? (…)";*
- EF6 – *"(…) Capacidade de ultrapassar as situações. Acho que foi acomodando a informação... Eu digo porque a resiliência, o nós aceitarmos que as coisas acontecem e vamos mais para a frente, sem a revolta, sem a raiva (...)".*

Na categoria "recurso a ajuda de amigos e familiares", dois participantes se identificaram com este significado:

- EF3 – *"(…) E depois que abri para os amigos, realmente percebi o quanto foi importante. E o quanto me ajuda neste processo. Não são muitos, são pouquinhos, mas não é preciso muitos. Mas sim, sentir o apoio, sentir o carinho. Às vezes basta um telefonema, uma mensagem, mas tudo isso ajuda (...)";*
- EF5 – *"(…) Às vezes uma amiga aqui vizinha que vai ajudar por causa de eu levar na cadeira de rodas. E vai-me ajudar (…)";*
- EF7 – *"(...)tenho um círculo de amizades espetacular, e família também, obviamente. O meu pai. O pai. A A., que é a minha sócia e a amiga, a E., que também é amiga, são assim, e depois tem-se... Às vezes há pessoas que não estão, mas a ajuda não tem de ser física, não é? Há sempre aquelas pessoas que todos os dias estão lá e estás bem. Para mim, estão sempre lá. Mostram preocupação e isso ajuda (…)".*

A encerrar esta área, com a narrativa de um dos participantes com a sua narrativa, reconheceu-se a categoria "manter o bom-humor":

- EF7 – *"(…) Paciência e bom humor. Para mim é. Pronto. Tudo. Às vezes chega a ser um humor negro, mas... Aquele grupo ali ajuda-me a brincar e eu também não posso fazer de outra forma. Se não, posso estar a lamentar-me o tempo todo ou já está. Então, o que é que eu vou fazer? (...)".*

Na área temática "Avaliação da experiência de vida da família perante o processo de diagnóstico de cancro de mama", que surge ao longo da entrevista (à semelhança das duas próximas áreas temáticas), desenvolveram-se as categorias: **consciencialização da importância de eventos de vida; alteração na vida doméstica, fortalecimento das**

relações humanas; valorização da saúde; inexistência de alterações de vida; e **dificuldade na concretização de planos** (Diagrama 9).

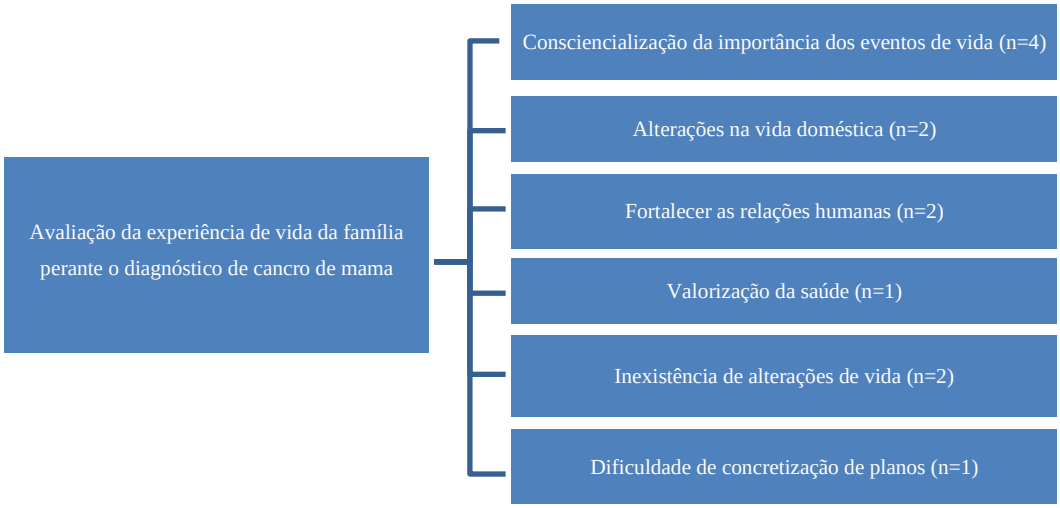


Diagrama 9 - Avaliação da experiência de vida da família perante o processo de diagnóstico de cancro de mama.

No que concerne à categoria, "consciencialização da importância dos eventos de vida", quatros dos participantes mencionaram a sua pertinência através dos seguintes relatos:

- EF2 – *" (…) Para mim foi um momento também de crescimento. Mas é verdade que também foi um momento de reflexão, de paragem e de crescimento para mim E naturalmente que reformulam-se algumas ideias e pronto. E naturalmente que reformulam-se algumas ideias e pronto (…)".*
- EF4 – *"(…) é aproveitar ao máximo os bons momentos, felizmente são muitos. Felizmente o nosso cérebro tem a capacidade também de pôr para trás os maus e ficarem os bons em tudo na vida, não é? É. E acho que a gente tem que tirar o melhor partido (…)";*
- EF5 – *" (…)Acho que é tentar fazer a vida o mais normal possível. Não alterar muito dentro do possível. As rotinas. Continuar a viver. Porque se abandonamos a rotina, realmente há ali a um corte. Nós festejamos na mesmo Natal. Como sempre! Ela foi aos sogros dela, mas a passagem de ano é na nossa casa com eles. Os aniversários também se celebraram. Sempre!(…)";*
- EF7 – *"(…) O Natal (…) um ritual em família. E este ano até eu exigi que fosse a minha casa. E foi-se à minha casa. Foi-se à minha maneira. Dei-me esse luxo e disse, não, este ano é sobre mim, lamento, nunca fiz isto. E a família toda percebeu, não tinha outro remédio e já estava (…)".*

Dois participantes deram destaque à "alteração na vida doméstica", como se pode verificar abaixo:

- EF3 – *"(...) Agora a cozinha não cozinhava, ganhei essa capacidade de cozinhar, não tinha (...)";*
- EF7 – *"(...) Começou a fazer muitas mais coisas. A nível dos...Mesmo em casa e em relação aos miúdos (...)".*

A categoria "fortalecer relações humanas" provém dos testemunhos de dois participantes:

- EF1 – *"(...) De resto, a nível familiar, acho que nos tornou mais coesos (...)";*
- EF4 – *"(...) o tempo que cá de andar, que seja vivido com qualidade e a desfrutar da irmã, da enteada, das netas, do genro (...)".*

Na necessidade de "valorização da saúde" foi também elencada por um participante:

- EF3 – *"(...) mas no meu caso acho que é mais para tentar debelar coisas que me afetavam em termos de saúde, não é? Nomeadamente, colesterol e o que é que era mais? Ácido úrico. Ácido úrico. A glicose. Até a tensão, que cheguei a ter elevada. Comprei um aparelhinho de tensão, que nunca tinha medido quase, praticamente não media a tensão, não é? E comecei a ter outros cuidados. E estou a caminhar mais, porque ela caminha mais devagarinho, se fosse caminhar com ela (...)".*

Na voz de dois participantes surge a categoria "inexistência de alterações na vida", ao expressar:

- EF4 – "*(...)Aliás, a minha irmã sabe que o meu câncer não é uma doença. Não é um riacho. Toda a gente acha muito estranho. Eu saí do hospital de ter feito a operação. E no dia a seguir fui lá baixo tomar café. E ia morrer toda a gente do café. Quando me viram, parecia que tinham visto um fantasma (...)".*
- EF5 – *"(...) Derivado à idade, não houve muita mudança. Porque ela já não saía de casa, por causa da idade já não... Já não trabalhava muito (...)".*

Um dos participantes mencionou ainda a "dificuldade na concretização de planos", com o seguinte testemunho:

- EF7 – "(…) *Há coisas que deixamos de fazer porque, por exemplo, ao domingo de manhã, era uma coisa que eu fazia com o meu filho. De ir correr e ele andar de bicicleta. Ele não podia ir correr, ele andava de bicicleta comigo e, pronto, além disso, eu treinava a equipa onde ele está. Tenho saudades disso (…)"; "(…) Não podemos fazer férias (…)".*

A penúltima área temática, "expectativas da família acerca dos cuidados do enfermeiro de família perante o diagnóstico de cancro de mama" apurou-se a partir da questão "O que esperam do seu enfermeiro de família face à transição que está a viver", e originou as categorias: **ausência de expectativas; informar na gestão de sintomas; apoio no esclarecimento de dúvidas;** e **maior disponibilidade para as visitas domiciliárias** (Diagrama 10).

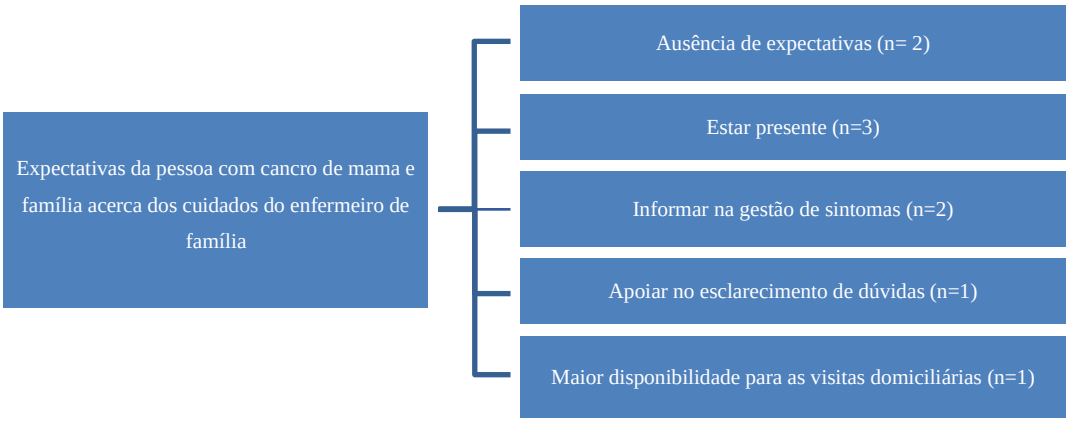


Diagrama 10 - Expectativas da família acerca dos cuidados do enfermeiro de família perante o diagnóstico de cancro de mama

A categoria "ausência de expectativas" resulta da resposta de dois participantes, ao mencionarem o seguinte:

- EF3 – *"(…) Eu nunca ouvi falar em enfermeiro de família (…) Não tínhamos nenhuma expectativa (…);*
- EF6 – *"(…) Eu honestamente, acho que o acompanhamento está a ser, tem sido tão bem acompanhada, não sentimos falta do enfermeiro de família (…)".*

A categoria "estar presente" criou-se através do relato de três participantes, como se pode observar:

- EF4 – *"(...) Ouvirem. Saberem ouvir os doentes. E terem alguma paciência para a família. Porque também a família é muito complicada (...)";*
- EF5 – *"(...) Eu gostava dela, mas vejo-a tão poucas vezes. Pois gostava que me viesse mais vezes. Animava-me, dizia esta melhor, outra pior (...) Gostava que ela me viesse ver de vez em quando, mas vem pouco. Vem pouco. Decerto terá muito trabalho (...)";*
- EF7 – *"(...) Que esteja lá quando for preciso, se houver alguma emergência, alguma coisa, porque de resto… Sabe bem saber que ele está a acompanhar de perto, saber que tem ali alguém (...)"; " (...)É o quê? É mostrar a disponibilidade (...)"*

A categoria "informar na gestão de sintomas" obteve resposta de dois participantes. Eis os exemplos:

- EF1 – *"(...) Em relação à sintomatologia que aparecesse, algum tipo de solução? Sim, sim. Ou algum tipo de alívio desses sintomas? Sim, quando tive aquele problema nos pés. Ok. E quando tive a mucosite também, que até foram as colegas do IPO e mandam para a V. e depois V. mandaram para o CC (...)";*
- EF2 – *"(...) gestão sintomática parece que também seja do âmbito do enfermeiro, da família. Claro. Porque, assim, cada um de nós temos as nossas necessidades, mas é uma figura que faz a diferença. Sim. Na equipa da família, eu acho que faz a diferença. Está presente, sim (...)".*

"Apoio no esclarecimento de dúvidas" foi outra categoria criada, com o contributo de um participante, como se segue:

- EF4 – *"(...) Há sempre alguns receios de ter a certeza de se estou a fazer bem ou não. Claro. Porque são receios que eu acho que são naturais. Para quem não é da profissão, não é? Claro. Mas puseram à vontade, explicaram. Se tiver dúvidas eu volto a explicar. Tudo. (ela) Isto para a parte prática do tratamento propriamente dito. Sim. E a nível de... E depois a enfermeira que acompanhou o processo com a médica cá em baixo. Cá em baixo. Pronto. No hospital. A explicar a outra parte. Os movimentos que tinha que fazer. E os cuidados. Os cuidados. A mim com a presença da minha irmã também, para ela também saber (...)".*

Finalmente, e ainda dentro da presente área temática, a "maior disponibilidade para as visitas domiciliárias" foi apontada como uma das expectativas face ao papel do enfermeiro de família por um participante. Vejamos:

- EF5 – *"(...) Eu gostava dela, mas vejo-a tão poucas vezes. Pois gostava que me viesse mais vezes. Animava-me, dizia está melhor, outra pior (...) A enfermeira esteve cá aqui atrasado, veio-lhe dar a vacina. Só que pronto, tal e coisa é "pique, pique e embora"! Não há um medir de tensão, não há nada. Se calhar, também um bocadinho mais de atenção...Não era? (...)".*

No que concerne à última área temática – "propostas de melhoria verbalizadas pela família relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama", oriunda da questão " Qual o papel que gostariam que o enfermeiro tivesse na família para melhorar este processo de transição?", foram criadas seis categorias: **apostar no suporte emocional; referenciar para grupos de apoio; consulta telefónica; acompanhamento holístico; humanizar os cuidados;** e **maior acompanhamento domiciliário** (Diagrama 11).

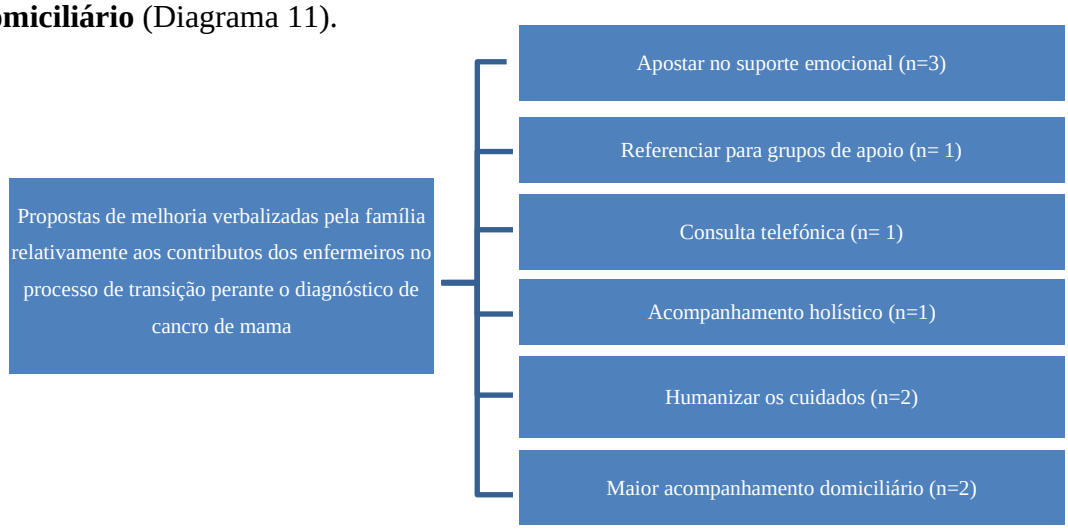


Diagrama 11 - Propostas de melhoria verbalizadas pela família relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama

"Apostar no suporte emocional" surge como categoria, com resposta de três participantes, quais se apresentam os exemplos:

- EF1 – *"(...). O suporte emocional sem dúvida que é muito importante (...)";*

- EF2 – *"(…) Mas faria sentido que isso também se englobasse um bocadinho dentro da equipa de família. (…) Que é muito importante. E não digo que, mas se calhar, há pequenas coisas que se poderiam mesmo resolver, com a enfermeira de família ou com a equipa de família (…)".*
- EF6 – *"(…) A preocupação de um enfermeiro de família. Não tendo muita experiência no contacto com a com a figura em si. Acho que um papel importante. Tal como a minha irmã já disse. É a preocupação com o doente. Com o bem-estar do doente. A parte humana. Não é? O falarem com o familiar, no sentido de tranquilizar. E de desmistificar pontos menos positivos (…)*".

Um dos participantes fez referência à importância dos pares, integrando-se na categoria "referenciar para grupos de apoio", com a narrativa abaixo:

- EF1 – *"(…) podem referenciar para grupos. Por exemplo, eu sabia que a C. aqui tinha criado há anos um grupo, nem sei se isso continua ou se não continua. Mas sei que sim, que ela que foi uma inovadora nesse aspeto aqui em C., não é? (…)".*

A "consulta telefónica" foi outra categoria identificada, a partir da resposta de um participante:

- EF2 – *"(…) consulta telefónica imaginemos que ela até nem sequer era profissional de saúde, ok. Seria importante ter esse contacto, esse... Tipo, algumas dúvidas que possam surgir à família e seria um elo de... De ligação entre, por exemplo, o hospital... entre o hospital ou... e as pessoas, sim, de casa (…)".*

Um dos participantes fez referência ao "acompanhamento holístico" enquanto proposta de melhoria relativamente aos contributos do enfermeiro, no enxerto que se segue:

- EF3 – *"(…) Não há um acompanhamento holístico. Não se vê a pessoa como um todo. Temos que ver o que é que vai acontecer agora em termos de nutrição. Temos que ver o que é que vai acontecer em termos de exercício. Temos que ver o que vai acontecer em termos psicológicos, se for por caso. Porque, para que eu diga que sejam as pessoas que precisam, e se calhar eu também não tenho consciência disso, isso não. Não aconteceu (…)".*

"Humanizar os cuidados" foi também uma categoria elencada por dois participantes:

- EF4 – *"(...) as pessoas ou estão mais sozinhas ou têm familiares pouco, mas isto é em todos os níveis, não é só nos menos informados. Se calhar é importante o enfermeiro tentar perceber o doente que tem à frente, tentar perceber que tipo de família é e tentar dar uma ajudinha. Também é difícil, porque também não têm tanta disponibilidade quanto isso, não é? Não. Mas sempre que puderem ver o lado humano da coisa também, não é? A grande maioria eu acho que ainda não está aí ou por falta de disponibilidade ou… Mas estou a falar de cor, claro (...)"; "(...) É a preocupação com o doente. Com o bem-estar do doente. A parte humana. Não é? O falarem com o familiar. Num sentido de tranquilizar. E de desmistificar pontos menos positivos. Transformá-los. Ou transmití-los como. Passos normais (...)".*
- EF6 - *"(...) É a preocupação com o doente. Com o bem-estar do doente. A parte humana. Não é? O falarem com o familiar, no sentido de tranquilizar (...)".*

Para dar termo à análise de conteúdo, e ainda inserida nesta última área temática, surgiu a categoria "maior acompanhamento domiciliário", no entendimento de dois participantes:

- EF5 – *"(...) era uma visita, talvez, não vou dizer um mês, durante um mês, vamos ver este caso da S.... Logo na fase, assim, como ela foi este ano, logo... Porque nós, ela, que eu não vejo, nem sei, mas ela via, dizia assim, olha, isto está melhor ou está pior, isto está-se a agravar, eu acho que dava, pronto, uma certa confiança, neste caso, à minha esposa e a ela, não é? Porque eu estou todo dia fora, não é? (...)".*
- EF7 – *"(...) Às tantas a ligar de vez em quando e perguntar se está tudo bem, é preciso, precisas de alguma coisa. Quase como ser um bocado da parte de... rede de apoio…obviamente que não deve ser fácil com... Mas talvez isso, não é? Ou até ligar a quem está ao lado, precisas de alguma coisa, estás a cuidar de ti (referente ao marido no papel de cuidador) porque eu não tenho disponibilidade para estar a perguntar e os miúdos é preciso alguma coisa, sei lá, não sei, mais neste sentido (...)".*

2.5.2. Discussão dos resultados

O processo de perdas na transição familiar relatadas pela pessoa com cancro de mama e família focou-se, a partir das respostas às entrevistas, nas perdas sentidas pela mulher e pelo cônjugue. Relativamente às perdas verbalizadas pela mulher, foram relatadas a debilidade

física, a alteração da imagem corporal, alteração no contexto laboral, perda de liberdade e de convivência social, alteração na sexualidade e atividade física. De facto, esta multiplicidade de desequilíbrios é afirmada pelos autores Figueiredo (2012) e Kaakinen et al., (2018), como alterações presentes a nível quotidiano, social, emocional e mental.

A previsibilidade de disfunção sexual (Barjasteh et al., 2022) e diminuição da libido (Slowick et al., 2017) por parte da mulher verificada na literatura, foi testemunhada por um participante, que na sua ótica trazia repercussão no subsistema conjugal (este sentimento não foi verbalizado nem percetível por parte desse cônjugue durante a entrevista). Contudo, não indo de encontro aos estudos supramencionados, observaram-se casais que não manifestaram terem sofrido alteração na sua vida íntima e conjugal.

De acordo com Magalhães et al. (2020), as mulheres sentiram como perda o facto de deixarem de desempenhar o seu papel em contexto laboral, indo de encontro com os achados na presente investigação. Slowick et al. (2017), corrobora esta ideia, acrescentando ainda, que alterações músculo-esqueléticas, posturais, dor e desconforto, associadas aos tratamentos, podem interferir a nível emocional, social e familiar. Estes desconfortos, com impacto no contexto laboral, liberdade e convivência social, foram também, verificados nos achados deste estudo.

As perdas de bem-estar emocional no conjugue, significativamente menos evidenciadas na literatura (Coppetti et al., 2024), foram sentidas por uma das famílias entrevistadas. Surgem, por conseguinte, algumas dúvidas: enquanto provedor de saúde e cuidador principal é possível o cônjugue não querer ou não ser capaz de manifestar fragilidade e/ou perdas? No desempenho do seu papel conjugal e parental, poderá tentar transparecer força e coragem com o intuito de proteger a família? E ainda, poderá a questão de identidade de género ter interferência nesta temática?

O diagnóstico de cancro de mama afeta assim significativamente múltiplas áreas, causando dificuldades nas atividades diárias e estados emocionais negativos em pacientes e familiares (González-Corría et al., 2022). As **reações face ao diagnóstico de cancro de mama** da mulher e do cônjuge elencadas pelos participantes foram de medo, pensamentos de morte, tristeza, isolamento, ocultação de diagnóstico, enfrentamento e otimismo. Pese embora, estas reações psicológicas não tenham sido esmiuçadas de acordo com o ciclo psico-oncológico, todas as reações desse ciclo abordado no enquadramento teórico foram elencadas pelos participantes. Ainda que na presente investigação, os participantes tivessem recebido o diagnóstico de cancro de mama em 2023, nenhuma se encontrava na fase "imediatamente após o diagnóstico", onde ocorre frequentemente choque, apatia, descrença e negação

(Ramos, 2016). Contudo, durante a entrevista foi escutado a reação de choque várias vezes e em vários contextos. O medo foi frequentemente elencado, sendo-lhe sido apontadas várias causas, tais como ameaça de vida, prognóstico/tratamentos a realizar, alterações de vida futura, enfrentamento da transição, e/ou comunicação da notícia a terceiros.

A negação não foi diretamente percecionada, contudo, pode inferir-se que possa estar presente, na voz de um participante ao referir ter ocultado o diagnóstico.

O isolamento social, característico da reação face ao diagnóstico de cancro de mama, é reforçado na lente de Karimzadeh et al. (2021) que conclui, que mesmo após vários meses pós-tratamento se possa verifica essa reação, bem como, fadiga, ansiedade, depressão, insónias e medo de recidivas.

Embora numa perspetiva oposta face a todos estes sentimentos acima explanados, verificou-se uma reação de otimismo, e positividade. Esta reação vai de encontro ao enquadramento teórico, onde é referido que ainda que possa existir medo e tristeza inicial, este diagnóstico pode ser encarado positivamente, atendendo à importância e suporte da rede familiar, confiança na ciência e seu potencial de cura, e sentido de esperança em ultrapassar a doença (Cabral, 2020). O diagnóstico por vezes é encarado como uma cascata de necessidades e, simultaneamente, uma oportunidade de mudanças psicológicas positivas, contribuindo para a re-significação, conforme conceito de crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Emaranhados na reação face ao diagnóstico de cancro de mama e ao longo de todo este processo de transição familiar, surgem na perspetiva dos entrevistados vários **sentimentos e emoções experienciados no processo de transição familiar perante o diagnóstico de cancro de mama, tais como** esperança, medo, tristeza do conjugue, coragem do cônjugue e aceitação. Estes sentimentos, agora sentidos pela família enquanto unidade, vão de encontro com o ciclo psico-oncológico acima indicado (Ramos, 2016; Ribeiro et al., 2020; Silva et al., 2023). De acordo com Coppetti et al. (2024), os sentimentos que surgem no cônjugue perante a notícia de cancro podem ser de desamparo, de dor e de finitude de vida.

Durante o processo de tratamento, surge uma série de **repercussões dos tratamentos oncológicos sobre a imagem corporal da mulher** e, que interfere fortemente com a qualidade de vida e imagem corporal. Na voz das mulheres afetadas com cancro de mama, as famílias destacaram como mais impactantes a alopecia, a mastectomia e o aumento de peso. Como abordado anteriormente, a conotação sociocultural do órgão "mama" desempenha funções na identidade da mulher, sexualidade e papéis que ocupa ao longo da vida (Carneiro et al., 2020; Ribeiro et al, 2020).

Ainda que já existam várias alternativas para a alopecia, facto é que ainda causa desconforto. Contudo, também foi verificado, que no seio mais íntimo e familiar, as mulheres relataram não usar próteses capilares, aceitando-se e não lhes afetando o olhar da família.

O aumento de peso, aliado à diminuição a atividade física (de carácter laboral ou recreativo), tratamentos farmacológicos e alterações no padrão alimentar, pode levar também, ao desconforto da mulher, do cônjugue, ou de ambos, na figura de casal.

Estas três alterações sobre a imagem corporal, têm afetação na autoestima e bem-estar, podendo de acordo com Ribeiro et al. (2020), condicionar por si só a forma como se relacionam elas próprios com terceiros e até com a sociedade. Gonzalez-Corría et al. (2022), corrobora esta afirmação ao referirem que as alterações nestas mulheres não se concentram apenas no aspeto físico da doença, mas condicionam uma série de eventos no ambiente familiar, pelo que a influência do cancro na família ocorre ao nível individual, em cada um dos seus membros, e, ao nível do grupo.

O surgimento do cancro de mama no seio da família e seu consequente processo adaptativo, desencadeia uma série de alterações, nomeadamente, na dinâmica familiar. Neste estudo, emergiu a área temática "**pessoa com cancro de mama e implicação na dinâmica familiar"**, em que os participantes enumeraram: aumento da coesão familiar, necessidade de afastamento (emocional, comunicacional e social), transferência de tarefas domésticas, aumento de idas ao hospital e a gestão de informação transmitida.

Perante uma transição de saúde-doença de um dos seus membros, a família exerce um papel de agente de autocuidado, de catalisador de recursos com vista à recuperação da homeostasia familiar, estando a coesão familiar diretamente associado a este processo transacional (Figueiredo, 2023; Silva et al., 2023). De facto, esta coesão é fundamental, na medida em que no primeiro ano de tratamento e, segundo o estudo de Katz et al. (2018), verifica-se uma maior vulnerabilidade e aumento de conflito familiar. Embora seja inegável a importância do apoio de amigos e família, que será de seguida elencada, a necessidade de afastamento dos participantes é também explorada por Figueiredo (2023) e Cotrim (2023), quando afirmam que face à estigmatização da doença oncológica e, particularmente, no que se refere ao cancro de mama (pelos fatores acima referidos), gravidade da mesma e papel que a pessoa doente e família ocupam na sociedade, pode haver dificuldade em falar da mesma, levando ao afastamento e não verbalização da doença.

Aliado à presença maioritariamente das mulheres no papel de cuidadoras da família, conforme os padrões históricos e culturais da nossa sociedade, este longo processo de transição leva à necessidade de transferências de tarefas domésticas (Coppetti et al., 2024).

Esta autora, considera a tarefa do cuidar difícil, pela conotação que tem esta doença e, pela preparação deficitária que podem ter os cuidadores, conforme alguns relatos dos participantes do estudo.

O aumento de idas ao hospital vem interferir na dinâmica familiar e individual em determinados aspetos (Cotrim & Figueiredo, 2023; Silva et al., 2023). Surge a necessidade de alguém acompanhar a pessoa doente, podendo acarretar desde logo impacto a nível laboral e, ainda, uma carga financeira acrescida. Este último, relaciona-se com absentismo laboral, deslocamentos e custos decorrentes do tratamento (Santos et al., 2021). Assim, de acordo com os estudos de Figueiredo (2012) e Kaakinen et al. (2018), existe uma relação entre a classe social da família e o modo como se organiza e acede aos cuidados de saúde. Neste estudo, onde a classe predominante de acordo com a escala social de Graffar foi de classe média alta (Classe II), não foi percecionado alteração na procura de cuidados de saúde, contudo, houve a necessidade de voltar precocemente ao trabalho por parte da pessoa acometida de cancro, por necessidade de ordem financeira.

A comunicação de más notícias, bem como, o doseamento de informações a serem transmitidas às famílias deve ser acautelada pelos profissionais de saúde, uma vez que podem marcar para sempre a pessoa e família (Malta et al., 2023). Os participantes não abordaram a comunicação com um evento traumático, contudo, deram destaque à forma como a família se ia acomodando às informações dadas pelos profissionais de saúde.

As **necessidades da família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama** surgem pela reorganização familiar que deve desenvolver-se para restabelecer a saúde e melhorar a qualidade de vida de todos e, de cada um individualmente. Na voz dos entrevistados, elencaram para tal acompanhamento do enfermeiro de família, apoio das pessoas significativas; estabelecimento de comunicação franca e evitar falar da doença.

Pelo papel do enfermeiro de família, pela sua relação de proximidade com este sistema e pelas intervenções de Enfermagem de carácter preventivo e antecipatório, ou terapêutica, conforme Figueiredo (2012; 2023), o seu acompanhamento é tido como fundamental no acompanhamento das famílias que vivenciam um processo de cancro de mama.

Por ser um processo moroso, difícil e impactante a vários níveis, o apoio de pessoas significativas é abordado por inúmeros estudos (Ramírez-Perdomo, 2018; Figueiredo, 2023; Silva et al., 2023; Coppetti et al., 2024).

A comunicação franca surge como um desafio para a equipa de saúde que acompanha estas famílias conforme aponta Carneiro et al. (2020), sendo assumida como umas das necessidades sentidas pelos participantes deste estudo. O modelo de McCubbin e McCubbin,

acrescenta o benefício de uma comunicação positivista, respeitadora dos sentimentos e uma escuta ativa, que potenciam a adaptação da família em processos de doença (Mc Cubbin & Mc Cubbin, 1993).

A necessidade de evitar falar da doença, é considerada por Cotrim (2023) como uma "conspiração do silêncio" e que pode surgir em padrões familiares rígidos ou de cargos que ocupam na sociedade (este último foi coincidente nos participantes que manifestaram necessidade de evitamento).

O percurso de cancro é singular, dependendo de várias características, tais como: o diagnóstico, prognóstico, elegibilidade e realização de tratamentos (Carneiro et al., 2020). Ao longo deste percurso, identificaram-se **dificuldades enfrentadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama,** nomeadamente, a gestão de emoção de terceiros, a comunicação de más noticias a pais e filhos, o medo, e o ato de pedir ajuda.

Vivenciar as perdas, sentimentos e emoções perante o diagnóstico, gerir emoções próprias e terceiros bem como a comunicação de más notícias, traduz-se num desafio árduos para a família que está a vivenciar um processo de cancro (Malta et al., 2023).

Perante a incerteza do cumprimento efetivo/moral dos seus papéis, surge por parte da doente e sua família a necessidade de solicitar ajuda (Cotrim & Figueiredo, 2023). Contudo, essa mesmo necessidade, pode também traduzir-se numa dificuldade, devido ao estereótipo e consequências da doença oncológica. Estas autoras e Ribeiro et al. (2020) acrescentam ainda que a família pode sentir necessidade de isolar-se e diminuir as suas relações sociais.

Com vista ao restabelecimento do equilíbrio familiar, são inúmeras as **estratégias mobilizadas pela família no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama.** Neste estudo, foram elencadas o recurso a profissionais de saúde; recurso a experiências já vividas; aceitação; estabelecer comunicação intrafamiliar; preservar forças interiores; gestão das emoções; evitamento; recurso a grupo de partilha de experiências; recurso a trabalhos manuais; recurso à espiritualidade; recurso à fé; introspeção; resiliência; recurso a ajuda de amigos e familiares; e manter o bom humor. Como se pode verificar as estratégias mobilizadas pela família vão de encontro às suas necessidades, conforme acima explanado.

A avaliação familiar e consequente intervenção de Enfermagem para as necessidades da família, potenciam um melhor ajustamento desta face ao cancro de mama. Conhecer a dinâmica familiar, identificar inter-relações entre os seus membros e o impacto que a doença lhes acarreta são etapas essenciais para o enfermeiro que acompanha estas famílias (Carneiro

et al., 2020). Gonzalez-Corría et al. (2022) corrobora esta ideia, e acrescenta ainda, a importância desta avaliação ser exaustiva e ter em conta os aspetos físicos, sociais e psicológicos, de modo a que a intervenção seja dinâmica e humanizada.

O recurso a experiências já vividas foi elencado como uma das estratégias de coping. Contudo, ao longo da análise de conteúdo, foi possível verificar que, se por um lado, podia ser facilitador ao tratar-se de experiências com "final feliz" aumentando esperança e espírito de luta, por outro, poderia gerar dor e angústia mediante uma experiência que tivesse associado sofrimento, dor e/ou morte. Esta conclusão, vai de encontro com os estudos de Van Schoors et al. (2019) e de Figueiredo (2023), quando afirmam que a experiência prévia de doenças semelhantes pode mediante o desenvolvimento e desfecho das mesmas, constituir-se como um processo facilitador ou dificultador.

Com vista a alcançar paz interior, apaziguando estados de ansiedade, sofrimento, desalento, entre outras, o recurso à fé e à espiritualidade são abordados na teoria e confirmados no presente estudo. Mairink et al (2022), distingue religiosidade enquanto relação ou vínculo espiritual com uma entidade superior e espiritualidade como um trabalho de aproximação interior, numa procura interior e contínua de paz consigo mesmo. Segundo Falcão et al. (2022) e Ramírez-Perdomo et al. (2018), ambas são utilizadas pela família e doente para conseguir superar o processo de doença, procurando força e resistência para si e para os seus familiares.

A aceitação, positividade e uso do humor, consistem em estratégias de coping focadas na emoção e permitem encarar o processo de cancro da mama de uma forma mais leve (Ramírez-Perdomo et al., 2018).

O uso do humor, ajuda ao enfrentamento familiar, na medida em que permite diminuir níveis de ansiedade, facilitar a comunicação, contribuindo ainda na transmissão de sentimentos de afetividade (Walsh, 2006).

A resiliência familiar surge enquanto facilitador na adaptação familiar, na qual se desenvolvem habilidades para responder positivamente a obstáculos (Coppetti et al., 2024). Burnette et al. (2020) defende que se associa a resiliência familiar a melhorias do bem-estar e qualidade de vida familiar, como se pôde constatar ao longo das entrevistas realizadas.

O recurso a grupos de partilhas de experiências, nomeadamente em meios eletrónicos, foi elencado numa das participantes e já se encontram evidências científicas nesse sentido. Falcão et al. (2022), atribuem como importante, o acesso à informação sobre cuidados com saúde, partilha de experiências, informação sobre serviços e locais de atendimento, com o objetivo de apoiar pessoas doentes e famílias. Alertam, contudo, a uma boa seleção da fonte,

por forma a não procurarem informação distorcida, passível de causar prejuízo. A nível nacional, mediado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), existe um grupo de auto-ajuda para familiares de doentes com cancro. Ainda que não seja especificamente para cancro de mama, trata-se do único grupo nacional de auto-ajuda focado para familiares, e que fornece apoio emocional, com sessões quinzenais, que pode ser de caráter presencial ou online (LPCC, 2024).

Foi possível ainda neste estudo, percecionar a **avaliação da experiência de vida da família perante o diagnóstico de cancro de mama,** em que sobressaiu a consciencialização da importância de eventos de vida; fortalecimento das relações humanas; alteração na vida doméstica; valorização da saúde; inexistência de alterações de vida; e dificuldade na concretização de planos.

À semelhança do estudo de Ribeiro et al. (2020), foi possível percecionar uma aprendizagem para reorganizar as suas vidas e crescimento dessas famílias que se encontram a vivenciar um diagnóstico de cancro de mama. Acrescentar ainda, que passaram a ter outra conceção sobre si, sobre a vida, sobre a forma como vivenciavam as experiências do quotidiano, passando a olhar para a vida de uma forma mais leve e feliz. Coppetti et al. (2024), corrobora esta ideia, manifestando que a vivência de cancro de um familiar despoleta a modificação no modo de pensar e agir nas mais diversas situações da vida. Ainda nesta consciencialização da importância de eventos de vida, Figueiredo (2023) aborda a importância da continuidade de crenças e rotinas familiar, para manter a coesão e união familiar. Esta ideia, foi verificada na voz dos participantes, sendo percebida a importância desses eventos para a procura de equilíbrio familiar.

As alterações na vida doméstica já abordadas acima, surge na literatura especificamente no estudo dos cônjugues com papel de cuidadores ao familiar com cancro. Coppetti et al. (2024), considera que existem dificuldade associadas ao género masculino e à falta de habilidades no processo inicial do papel de cuidador que aos poucos acabam por ser (re)significadas e supridas.

A importância de identificar e preservar as forças internas da família corresponde a umas das ideias-chave do cuidado de Enfermagem baseado nas forças da família. É através da identificação das forças da família que se consegue potenciar a mesma para cocriar uma parceria de cuidados, com vista a superar este processo transacional.

O enfermeiro de família, mais concretamente o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, colabora na mobilização de recursos para a capacitar a enfrentar as necessidades presentes. No presente estudo, e, para dar resposta a um dos objetivos

específicos desta investigação, procurou-se identificar as **expectativas da família acerca dos cuidados do enfermeiro de família perante o diagnóstico de cancro de mama.**

Da análise dos dados recolhidos, verificou-se a inegável importância da presença do enfermeiro, na gestão da informação e de sintomas, no apoio, no esclarecimento de dúvidas e, ainda, na demonstração de disponibilidade para a visita domiciliária. Num polo oposto, a ausência de expectativas face à figura do enfermeiro de família.

Num momento de fragilidade familiar, importa que o enfermeiro se aproxime desta. Tal como afirma Figueiredo (2023), a intervenção do enfermeiro ultrapassa as barreiras físicas do centro de saúde, sendo múltiplos os benefícios da visita domiciliária, quer descritas na literatura, quer verbalizadas nos relatos das famílias. Verifica-se, um sentimento de pertença, de maior empatia e carinho para com estas famílias, o que potencia a relação terapêutica de forma mais eficaz (Gomes et al., 2021). O conhecimento advindo da visita domiciliária permite orientar de forma mais holística e personalizada a intervenção colaborativa do enfermeiro.

Curiosamente, e não se tendo obtido literatura que corroborasse estas respostas, verificou-se o desconhecimento presentemente, da figura do enfermeiro de família. Tal pode levantar questões sobre a eficácia do enfermeiro. Qual o papel que é desempenhado pelo enfermeiro? Como são percecionados os cuidados de Enfermagem pela família? Como é documentado todo o processo de Enfermagem? Do ponto de vista organizacional, é concedido disponibilidade para que o enfermeiro exerça o seu papel de forma ponderada e estruturada? Estas questões conduzem a uma reflexão na prática de cuidados.

Relativamente à última área temática desta investigação, **propostas de melhoria verbalizadas pela família relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição perante o diagnóstico de cancro de mama**, referiram como propostas: apostar no suporte emocional; referenciar para grupos de apoio; implementar consulta telefónica; acompanhar de forma holística; humanizar os cuidados; maior acompanhamento domiciliário. Neste sentido, enquanto ser multidimensionais, é premente atender às caraterísticas biológicas, sociais, físicas, espirituais, traduzidas pela visão holística mencionada pelos vários autores ao longo deste capítulo (Ribeiro et al., 2020; Figueiredo, 2023; Martins et al, 2023). Perante uma assistência integral e holística, envolvendo a família, individualmente e enquanto sistema e cliente, consegue-se a chamada humanização dos cuidados, que é abordada na literatura e corroborada nas respostas dos participantes deste estudo.

2.6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Vivenciar um processo de transição de saúde-doença, nomeadamente de cancro de mama, não é uma opção da família, nem algo planeado. Surge, exigindo à família e à pessoa que a experienciam adaptações e estratégias de enfrentamento, de forma a restabelecer o equilíbrio familiar. Neste sentido, não perdendo o foco do objetivo do estudo, passam a apresentar-se as conclusões mais significativas.

1. O enfermeiro de família tem a co-responsabilidade de avaliar as famílias, identificando conjuntamente pontos fortes, fraquezas, potencialidades e necessidades das mesmas, para a cocriação de um plano de intervenção pautado pela visão holística e humanização dos cuidados;
2. O processo de perdas da família perante a pessoa com cancro de mama é multidimensional e com impacto a nível pessoal e aos vários subsistemas familiares.
3. Os sentimentos, emoções e reações de cada sistema familiar são singulares e dependem de vários fatores como características sociodemográficas, dinâmica familiar, fase da doença e prognóstico, bem como, de características individuais e familiares, nomeadamente estratégias de coping.
4. As perdas refletem-se na mulher a nível físico, emocional, laboral e social, com repercussão na autoestima, bem-estar e na qualidade de vida. A nível conjugal, existem possíveis alterações, consequência dos tratamentos e desta condição de doença, carecendo de apoio e orientação por parte dos profissionais que acompanham a família, e não apenas a pessoa doente.
5. Verificou-se ao nível da dinâmica familiar um aumento da coesão familiar, necessidade de melhorar aspetos comunicacionais, alterações na gestão familiar. Estas implicações familiares, resultam nas necessidades que a família elencou vivenciar ao longo deste processo transacional, acrescentando ainda a importância de serem acompanhados pelo enfermeiro de família e apoiadas pelas pessoas significativas.
6. Verificou-se que é essencial comunicar de acordo com as necessidades da pessoa e família, no momento certo e numa linguagem adequada;
7. Uma das dificuldades sentidas pela família no processo de transição perante a pessoa com cancro de mama consiste na gestão emocional dos eventos e de como são

comunicadas as más notícias. Pedir ajuda constitui-se também como necessidade e dificuldade durante este percurso familiar.

8. Não existe uma forma mais adequada ou mais oportuna de viver e gerir o presente processo transacional. Os participantes nomearam como estratégias de coping, o recurso a profissionais, família, amigos, grupos de apoio, experiências já vividas, a comunicação intrafamiliar franca, o recurso a fé, espiritualidade, e ainda o coping focado na emoção, nomeadamente o otimismo, resiliência, aceitação e humor.
9. As famílias manifestaram que o enfrentamento da doença os ajudou a melhorar a consciencialização da importância dos eventos da vida;
10. Foi possível verificar a importância atribuída à presença do enfermeiro de família, para apoio à família, gestão emocional, esclarecimento de dúvidas e ainda a necessidade dessa presença poder ser em contexto domiciliário. Contudo, verificou-se a ausência de expectativa deste elemento basilar dos CSP. Importa assim, repensar no desenvolvimento das nossas práticas e na forma como podemos demonstrar o papel às famílias, organizações e sociedade.
11. Foram várias as expectativas proferidas pelas famílias, como ter suporte emocional, referenciação para grupos de autoajuda, aumento dos contactos com o enfermeiro de família, tal como o contacto telefónico e visita domiciliária.

- **Implicações e sugestões do estudo**

Considera-se que este estudo tem implicações para a prática de cuidados, formação e investigação em Enfermagem de Saúde Familiar, na medida em que:

- Valorizou importância a família como unidade e parceira de cuidados;
- Foram aprofundados e partilhados conceitos teóricos, favorecedores de uma prática baseada em evidência e tomada de decisão fundamentada;
- Contribuiu uma prática de cuidados reflexiva acerca da avaliação e acompanhamento a famílias com diagnóstico de cancro de mama;
- Criou-se um guia de acompanhamento a famílias com membro acometido de cancro de mama.

Como sugestões seria interessante desenvolver este estudo noutras áreas geográficas nos quais se pudessem analisar famílias no mesmo estadio. A realização de estudos com famílias acompanhadas longitudinalmente no tempo, seria de grande riqueza, por forma a analisar este processo de transição desde o diagnóstico, até após término dos tratamentos.

- **Limitações do estudo**

Entre as limitações identificadas, salienta-se o facto de se terem agrupadas as famílias com diagnóstico de cancro de mama em 2023, não tendo sido distinguida a fase de tratamento nem abordagem terapêutica.

Por último, outra das limitações, pode estar relacionado com a inexperiência do investigador relativamente ao processo metodológico, nomeadamente na construção do instrumento de recolha de dados, interpretação das vivências dos participantes e sua posterior categorização.

Ainda que se tenha tratado de um estudo de diminuta dimensão, não sendo possível a generalização dos dados, importa referir que a sua realização se pautou pelo rigor científico, valorizando-se a riqueza das vivências de cada família, o que permitiu percecionar a forma como decorreu o seu processo de transição familiar perante o diagnóstico de cancro de mama.

3. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O presente capítulo traduz a reflexão sobre a aquisição de competências específicas e comuns do EEESF ao longo de todo o percurso de práticas clínicas transversais ao mestrado. A especialização numa área da Enfermagem permite a aquisição de conhecimento e competências especializadas, por forma a prestar cuidados mais específicos e diferenciados (OE, 2018). Esse know-how e competências adicionais traduzem-se, portanto, num desempenho profissional diferenciado, sendo uma mais-valia pessoal, profissional e organizacional.

A nível legislativo, a práxis do enfermeiro é balizada pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei nº 161/96) e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, e alterado pela Lei nº 111/2009 e pela Lei nº 156/2015).

No que diz respeito ao enfermeiro especialista, em 2011, surge o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Regulamento nº 122/2011, que foi revogado dando lugar ao Regulamento nº 140/2019 e uniformizou as competências transversais dos enfermeiros especialista.

No subcapítulo abaixo, elenca-se o normativo legal específico à Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018).

Entende-se como "competência" a capacidade de mobilizar conhecimentos, valores, habilidades e intervenção de modo a desempenhar eficazmente a sua prática clínica (Rosa et al., 2022).

Independentemente da especialização, os enfermeiros devem ser detentores de competências comuns, acrescidas das competências específicas de acordo com a área de especialização, por forma a dar cumprimentos aos regulamentos elencados. A reflexão que se segue, tem assim por base os Regulamentos nº428/2018 e nº140/2019.

3.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR

Consideram-se competências específicas as decorrentes das respostas humanas aos processos de vida e de saúde, diferenciadas em cada campo de intervenção das várias

especialidades em Enfermagem e, reflexo de um alto grau de adequação de cuidados às necessidades de saúde (Regulamento nº 140/2019).

Focando para a Enfermagem de Saúde Familiar, descrevem-se abaixo os referenciais legais que regulam a prática do EEESF:

- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº367/2015).
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 428/2018).
- Tomada de posição n.º 01/2023 - da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar.

Na prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), e em conformidade com o Regulamento nº428/2018 (p.19357), são definidas as seguintes competências:

> "1- Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção."
>
> "2- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar."

A reflexão que se segue reporta-se ao percurso realizado no estágio, balizado pelas competências específicas e respetivas unidades de competência e critérios de avaliação.

3.1.1. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Esta competência adquiriu-se transversalmente ao longo do ENP, através de todos os contactos com as famílias. Considerou-se a família como unidade de cuidados, bem como cada um dos seus membros individualmente e, nas mais diversas áreas do desenvolvimento das mesmas, em conformidade com a OE (2018).

Passam a descrever-se as unidades de competências, articulando os critérios de avaliação das mesmas e uma análise crítico-reflexiva da prática no decurso do ENP.

Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas (OE, 2018).

Durante o desenvolvimento do ENP, foram aproveitadas as mais diversas oportunidades para conhecer e intervir em conjunto com as famílias, partindo do pressuposto da teoria geral de

sistemas, onde a família é mais que a soma das suas partes e a mudança num membro da família afeta ao membro e a todos os demais elementos (Shajani & Snell, 2023).

Para obter uma relação terapêutica com a família, tiveram-se em consideração aspetos comunicacionais como a boa educação, o uso do humor, o silêncio e respeito pelos seus momentos. Neste sentido, houve a preocupação de tornar os espaços (salas) num ambiente calmo, e ajustado para as pessoas.

De acordo com os pressupostos de Wright e Leahey, acerca da relação enfermeira-família, procurou-se estabelecer uma relação não hierárquica entre profissional e utente/família, a valorização e apreciação dos seus conhecimentos, a reciprocidade no processo de cuidar e identificação de pontos fortes da família-enfermeiro e dos processos de feed-back que ocorriam simultaneamente nos utentes/famílias e enfermeiro (Shajani & Snell, 2023). Esta abordagem, tornou o ato de cuidar empático e disponível, mais humanizado, estimulando a confiança nesta relação e incentivá-los a participar na promoção da sua saúde e/ou restabelecimento do seu bem-estar (individual e familiar).

Foram consultadas pessoas individualizadas e famílias nos diversos programas de saúde, em contexto da USF e ao nível domiciliário.

Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família (OE, 2018).

A primeira etapa do processo de enfermagem consiste na avaliação, neste caso, da avaliação da família, por forma a serem formulados diagnósticos enquanto elementos organizadores do plano de ação, explanando as necessidades sentidas e identificadas, num domínio específico da saúde familiar (Figueiredo, 2012).

Na prática clínica, procedeu-se à avaliação das dimensões da família, nomeadamente a nível estrutural, desenvolvimental e funcional, de acordo com o referencial teórico do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), operacionalizados através do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012). Este modelo, permitiu assim, avaliar a família a nível multidimensional, numa perspetiva sistémica e sistematizada. Considera-se ter contribuído para a melhoria das práticas, na medida em que se atualizou o ficheiro de dados das famílias referente à enfermeira tutora. Realizou-se a análise do tipo de famílias às quais eram prestados cuidados e documentou-se toda a informação obtida das famílias que tiveram consulta, sempre com o propósito da melhoria das práticas de cuidados.

Ao longo das entrevistas às famílias, utilizaram-se os instrumentos de avaliação familiares disponíveis no programa SClínico®, a saber: tipo de habitação, Escala de Graffar, ciclo vital

familiar de Duvall, risco familiar de Garcia-Gonzalez e Segovia-Dreyer, escala de APGAR familiar de Smilkstein, e escala de risco familiar associado ao programa de Saúde Infantil.

Ainda que inegável a importância de instrumentos tais como: genograma, ecomapa, escala de FACES II (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar), e a escala de Readaptação de Holmes & Rahe, estas, não podem ainda ser documentadas em formulário próprio no sistema informático da USF. Contudo, são usadas recorrentemente e documentadas noutros separadores, tal como: a anamnese familiar e individual e em notas livre nos respetivos processos clínicos.

Foi possível observar e percecionar estruturas e dinâmicas familiares, condições ambientais, riscos ambientais, rituais e cultura da família, bem como, a identificar de fatores facilitadores em processos transacionais.

O ENP possibilitou aplicar de forma mais intencional a prática de uma perspetiva salutogénica em detrimento da tradicional abordagem patogénica, com aplicação dos conceitos teóricos aprendidos ao longo do mestrado.

Na avaliação da família e à semelhança do que foi abordado no capítulo anterior, considera-se fundamental destacar a relevância da visita domiciliária. Trata-se de uma componente com benefícios inegáveis para a família e para o profissional de saúde. A visita domiciliária, facilita a proximidade entre o profissional de saúde e a família, ajuda no estabelecimento de uma relação terapêutica, e facilita a avaliação em contexto real as necessidades, dificuldades, bem como, aspetos eventualmente não valorizados e que possam traduzir-se como mais-valias para o cuidado com as famílias.

Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas (OE, 2018).

Mobilizaram-se ao longo da prestação de cuidados e da prática de investigação conhecimentos de Enfermagem, assim como de outras áreas, nomeadamente, no âmbito da Psicologia, a Sociologia e as Ciências da educação, que enriqueceram a prática de cuidados, tornando-os mais focados e diferenciados.

Independente do motivo da consulta, foi realizada uma avaliação global, onde oportunamente se verificaram necessidades e expectativas em conjunto com os utentes e famílias e, no qual, se poderia dar um contributo para melhorar a sua qualidade de vida. Assim, atendendo ao princípio da globalidade do sistema familiar, foi possível percecionar

e intervir com as famílias perante situações complexas, a nível de transições normativas e não normativas, no decorrer do ciclo vital (individual e familiar).

Realizou-se a avaliação familiar e correspondente documentação do processo de enfermagem em linguagem padronizada CIPE, com recursos aos variados instrumentos de avaliação, formulando consequentemente os diagnósticos e planeadas intervenções.

Pela complexidade que apresenta o sistema familiar, foi possível aprofundar conhecimentos, aplicar e treinar a técnica de intervenção familiar– entrevista sistémica familiar, de entre outras técnicas de intervenção familiar. Foi possível verificar, de modo não sistematizado, que a mesma ocorria em contexto anteriores ao ENP. Contudo, verificou-se uma consciencialização das várias etapas e benefícios que estas aportam para a efetividade desta técnica, nomeadamente, através da formulação de hipóteses e ainda pelos princípios de neutralidade, circularidade e hipotetização. Esta técnica, que necessita de treino e foco, permite conhecer de um modo particular as famílias, as relações entre eles, os seus padrões relacionais, culturais (entre outros), como sentem e vivenciam ou não, uma dificuldade/problema (enquanto grupo e individualmente), de que modo podem surgir recursos a nível intra e extra-familiar, bem como nos demais sistemas que rodeiam a família. Os planos de cuidados foram elaborados, implementados e avaliados, tendo a família um papel de parceria e voz ativa ao longo deste processo. Tal vai de encontro com Figueiredo (2012), quando afirma que a avaliação do processo permite identificar ganhos sensíveis aos nossos cuidados, formular novos diagnósticos e estratégias de intervenção, com a reformulação colaborativa do plano de cuidados.

Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica (OE, 2018).

Por forma a ter um conhecimento mais vasto e sólido, realizou-se uma pesquisa bibliográfica constante, relacionada com aspetos da prática especializada de ESF e de uma forma mais exaustiva na temática do estudo de investigação. Para além desta procura do saber, outra das estratégias foi participar em seminários, workshop e congressos, por forma a obter a informação atualizada e na voz de peritos. Tal prática, conduziu para além do enriquecimento global dos conhecimentos, a momentos critico-reflexivos profundos acerca dos cuidados prestados, enquanto mestranda e enquanto enfermeira. Estes momentos, resultaram em mudanças na prestação de cuidados, com uma tomada de decisão mais sustentada e baseada em evidência científica.

Os pressupostos teóricos, também tiveram um contributo fulcral, nomeadamente na visão da prestação de cuidados baseados nas forças da família. O modelo salutogénico apresenta segundo Gottlieb (2016), mais resultados transversalmente no tempo. Acresce ainda, que a primeira unidade de cuidados é a família, sendo-lhe incumbida de forma inata essa função (Figueiredo, 2023).

Por estes motivos, considerou-se a família como parceira de cuidados, enquanto ser co-criando um plano de ação personalizado, ajustado e dinâmico. Colocaram-se hipóteses, definiram-se necessidades, pontos fortes, tarefas para os envolvidos (nomeadamente o profissional), e foram definidos timings para a realização e avaliação do processo. Verificou-se a importância de definir em conjunto e com clareza, todos estes momentos, sendo referido pelos clientes sentimento de segurança e confiança mútua.

A sensibilização para a vivência de processo de transição sob a lente da teoria de Meleis, permitiu uma intervenção mais humanizada e perspicaz nas variadas tipologias de transições, nomeadamente acerca do impacto das doenças nos utentes e familiares, bem como de demais transições, como adaptação à parentalidade ou à apropriação de novos papéis e tarefas no seio da família. Foram assim, prestados cuidados de enfermagem colaborativos, ao avaliar, planear, e intervir na e com a família, atendendo às suas expectativas e necessidades.

Intervir, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas (OE, 2018).

Conforme anteriormente mencionado, a comunicação e o diálogo estiverem patentes de uma forma intencional e positivista na interação com as famílias. Para tal, recorreu-se a estratégias e técnicas comunicacionais como o recurso ao humor, o uso terapêutico do silêncio, a escuta ativa, a aceitação e compaixão (Shajani & Snell, 2023), com vista a um cuidado mais humano em situações simples e complexas de transições.

Através desta visão empática e holística e, considerando a família enquanto ser biopsicossocial e espiritual, foi possível obter uma colaboração proativa das mesmas, na identificação dos recursos, forças internas, necessidades e expectativas, bem como na resolução de problemas e gestão de processo familiares potenciadores de stress aos mais diversos níveis. Esta prática, permitiu um empoderamento da família ao conscientizar-se das suas potencialidades, maximizando o seu potencial em saúde.

Na e através da visita domiciliária, foi possível avaliar e identificar eventuais fatores de risco ambientais, nomeadamente nas visitas de promoção de saúde a famílias com um novo

membro e famílias com idosos/dependentes. Em conjunto, foram apontadas sugestões para a minimização dos riscos recorrentes dos mesmos.

Tendo presente o modelo teórico das transições e o papel fundamental do enfermeiro em relação a cuidados antecipatórios, estes foram tidos em consideração nas consultas aos mais diversos programas de saúde e nos diferentes contextos da prática clínica.

Ao longo deste percurso, reconheceu-se a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da tomada de decisão baseada em evidências conducente a cuidados significativos e centrados na família. Neste sentido, integrou-se a investigação e evidências clínicas nas intervenções de enfermagem familiar, proporcionando práticas de cuidados mais seguras e com mais qualidade.

Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa (OE, 2018)

A forma gentil e cordial como abordava os utentes e famílias, até à forma como se acolhiam e cumprimentava serviam de "passaporte" para estes se sentirem envolvidos e incentivados a comunicar. Com esta prática, encorajou-se de forma natural a família a partilhar a sua história, a explorar os seus pontos fortes, identificar necessidades, recursos, e relações de apoio a nível intrafamiliar e com os demais sistemas, onde estas se encontravam inseridas.

O enfermeiro, tem um papel de facilitador no processo da família identificar e potenciar as suas forças singulares (Regulamento nº 428/2018) e minimizar ou conter uma fraqueza, recorrendo a técnicas, tais como: aumento da autoconsciência sobre potenciais forças, capitalização de forças pré-existentes, modificação para situações diferentes, e tipos de questões que incitem à re-significação e novas formas de pensamento (Gottlieb, 2016).

Para tal, procurou-se avaliar e analisar as diversas dimensões das famílias, numa perspetiva dinâmica, colaborativa e sistémica. Considera-se ter colaborado junto com as mesmas na vivência de transições simples e complexas, fossem elas de caráter normativo ou não normativo. Verificou-se a multiplicidade e simultaneidade de transições ao longo do ciclo vital, constituindo-se a priorização de necessidades e problemas um passo relevante.

Houve oportunidade de acompanhar famílias em processos normativos ao longo do ciclo vital, tais como: adaptação à gravidez, parentalidade, em processos acidentais, nomeadamente de doença aguda e crónica, destacando aqui o papel individual do prestador de cuidados. Mediado por uma relação de ajuda, traçaram-se os seus objetivos de uma forma recíproca e interativa, com momentos de discussão de resultados e redefinição de hipóteses sempre e quando se justificaram.

Com o diálogo com a família, foram identificadas estratégias de coping e resolutivas de conflitos, gestão de emoções, melhoria da coesão familiar, uso de diferentes tipologias de questões entre outras.

Como abordado acima, a perspetiva positivista, o encorajamento e felicitação pautaram a prática clínica. O empenho da família e resultados obtidos foram destacados por forma a manterem o foco e a determinação da mesma, no processo de promoção de saúde e recuperação do seu bem-estar.

Por forma a sistematizar e orientar a tomada de decisão, documentou-se o processo de cuidados, atendendo à saúde, família e ambiente, com o uso de uma linguagem padronizada CIPE.

Envolver de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar (OE, 2018).

Ao longo do desenvolvimento do ENP, procurou desenvolver-se as práticas de forma crítico--reflexiva, existindo vários momentos de partilha com a equipa pedagógica, colegas da USF e enfermeiros especialistas da UCC, afim de melhorar o desempenho com uma prestação de cuidados cada vez mais especializada, no âmbito da ESF.

Solicitou-se e obteve-se o feed-back da enfermeira tutora, que teve um papel fundamental ao balizar este crescimento pessoal, académico e profissional.

A pesquisa bibliográfica, participação em seminários e congressos e elaboração de trabalhos académicos durante o mesmo, também potenciaram o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, proporcionando um enriquecimento das reflexões acerca das interações enfermeiro/família e de como se poderiam alcançar melhores resultados ao aprender e desenvolver novas ferramentas com as famílias.

Por forma a potenciar uma atitude proativa nos utentes e famílias e, para além das estratégias acima elencadas, como empatia, positivismo, bom humor, foram também tidas em consideração: o uso de diferentes tipologias de questões mediante a intencionalidade das mesmas e um olhar perspicaz face à comunicação não verbal. A clareza de objetivos e de todo processo, permitiu uma maior orientação dos cuidados, com vista no alcance de saúde e bem-estar individual e familiar.

Pese embora tenham sido realizadas de forma mais predominante consultas individuais, a abordagem familiar foi sempre destacada. O objetivo foi conhecer melhor os utentes, famílias e também, dar visibilidade à figura do enfermeiro de família, nomeadamente do

EEESF. Os cuidados prestados basearam-se em diversos referenciais teóricos, explanados anteriormente, quer a nível de teórico, quer na sua operacionalização.

Este conhecimento, foi ainda partilhado com os enfermeiros da USF e demais unidades funcionais do centro de saúde. Os momentos formais de reunião, bem como, partilhas individuais com os interessados, mostraram riqueza pelo interesse recíproco em querer melhorar as práticas e no respeito/consideração pelo meu papel enquanto mestranda. Através destes momentos, e ainda, na prestação direta de cuidados, colaborou-se ativamente com os colegas na resolução de problemas mais complexos de ESF.

Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de Enfermagem (OE, 2018).

Pertencente a uma das etapas do processo de Enfermagem, a avaliação dos resultados constitui-se num processo contínuo e dinâmico, com vista nos objetivos definidos e/ou ainda na redefinição de outros, traduzidos em diagnósticos de ESF (Figueiredo, 2023). Atenderam-se às dimensões, biopsicossociais, físicas, espirituais e cognitivas da família nas intervenções de enfermagem, visando uma abrangência e melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Foi possível obter de modo informal, um feed-back bastante positivo destas famílias perante a abordagem da mesma, enquanto unidade sistema e alvo de cuidados.

Gostaria de destacar, enquanto mestranda e enfermeira de família, a necessidade e importância das instituições criarem condições facilitadoras da prestação de cuidados diferenciados. Tal, impulsiona os profissionais para práticas de investigação, conduzindo à maior satisfação dos profissionais e prestação de cuidados com maior eficácia e eficiência (Peixoto et al., 2017; Lourenço et al., 2022). Abarcam-se nestas condições, disponibilidade para práticas de investigação, tempos de consulta aceitáveis para um cuidado respeitador, holístico, disponibilidade para poder proporcionar uma escuta ativa e disponibilidade ainda, para desenvolver atividade para e com as famílias, bem como, para e com os pares.

Foram também desenvolvidas competências especializadas baseadas na evidência científica, traduzidas numa tomada decisão mais sustentada e consciente, através realização do estudo de investigação, subordinado ao tema "***o processo de transição familiar perante a pessoa com cancro da mama- um desafio ao enfermeiro de saúde familiar***".

De forma a ilustrar uma das situações clínicas vivenciadas, apresenta-se o seguinte caso Clínico (Quadro 4):

Casal: Martim Alves, 69 anos e Maria Andrade, 68 anos (nomes fictícios) Antecedentes de saúde do Sr Martim: Hipertensão arterial, hiperplasia prostática Antecedentes cirúrgicos: prostatectomia parcial em 2023
Motivo inicial da consulta: consulta de vigilância de hipertensão arterial
Utente veio à consulta acompanhado da esposa, como habitual. Casal aparentemente coeso e com boa comunicação, percecionada. A nível individual, ambos se encontravam com os parâmetros vitais dentro dos intervalos esperados. Aproveitou-se a consulta para avaliar e documentar devidamente a anamnese familiar, de acordo com instrumentos de avaliação disponíveis no programa SClínico®. Face à recente cirurgia à próstata e eventual impacto na satisfação conjugal, foi questionado o casal sobre o mesmo. Referiram não terem problema conjugais, contudo manifestaram tristeza e saudade pelo facto do Sr. Martim não conseguir concretizar o ato sexual como o fazia habitualmente. O casal tinha sido previamente esclarecido pelo cirurgião, não tendo aceite ajuda para colmatar essa dificuldade. Este episódio estava a gerar mal-estar familiar, na medida em que o utente estava aparentemente triste, recusando manifestar o motivo da sua tristeza aos filhos e que estavam notoriamente preocupados. Perante o manifestado e depois do processo familiar avaliado como "não alterado" e satisfação conjugal "comprometida", diferenciou-se intimidade e ato sexual, foi incentivada a comunicação de emoções e otimizada a comunicação no casal. Este mostrou-se muito recetivo à informação e permeável a sugestões como romantização do ato e comunicação no sentido de "redescobrirem" forma de dar e obter prazer. Realçou-se a importância e responsabilidade de manterem funcional o subsistema conjugal para voltarem a adquirir homeostasia familiar. A nível da comunicação dentro do casal, revelaram não sentirem fragilidade nem dificuldade. Foi ainda sugerido colaboração médica, com tratamento farmacológico, que casal aceitou. Na consulta seguinte, realizada à esposa individualmente, a mesma informou que o tratamento farmacológico não tinha sido eficaz, julgando estar associado apenas a fatores psicológicos. Informou, que tinham aceite ajuda diferenciada no hospital, em consulta de casal, sendo encorajado o uso desta estratégia. Foi encorajado ainda, a promoção de um ritual terapêutico, tido como frequente pelo casal anteriormente, que consistia num fim de semana passado a dois fora dos locais do quotidiano. Finalmente, em nova consulta com o casal, manifestaram felicidade e gratidão por terem voltado a reviver a sexualidade e intimidade como desejado, considerando ter-se novamente contribuído para o equilíbrio familiar.

Quadro 4 – Caso clínico 1

3.1.2. Lidera e coopera em processos de intervenção

Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família (OE, 2018).

Ao longo do ENP, foi possível como já referido acima, a partilha de conhecimentos, de vivências, de dificuldades e obter apoio, colaboração e relação de entreajuda, quer dos enfermeiros da USF, como dos enfermeiros pertencentes à UCC (inserida no mesmo centro

de saúde). Estabeleceu-se também, uma relação de equipa com os demais profissionais, tem oportunidade de partilhar conhecimento e participar em formações nessa mesma USF. Estes momentos de partilha, revelaram-se favorecedores de espírito de equipa e união, onde o objetivo comum e fulcral, era e é, a melhoria da prestação de cuidados à população.

Destaco de modo humilde a diferença das reflexões realizadas com enfermeiros especialistas, pela riqueza do seu discurso e pela perícia com que dominavam os vários tipos de saberes (saber, saber ser, saber estar, saber fazer), conforme o enuncia Benner (2001).

Foi possível realizar referenciações para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (englobando várias tipologias) e realizar visitas domiciliárias acompanhada pela equipa multiprofissional, nomeadamente pelo médico e assistente social. Esta prática, permite prestar cuidados com um prisma mais abrangente acerca das necessidades do utente/família e identificar in loco, recursos que possam existir, orientando a família para melhorar a qualidade de reduzir os custos dos serviços necessitados.

Sempre que se justificou, os utentes e famílias foram encaminhadas para outros profissionais de saúde, nomeadamente para a nutricionista, assistente social, enfermeiras especialistas e/ou responsáveis por programas de Saúde Escolar, Comissão de Proteção Crianças e Jovens, Rede Intermunicipal de Proteção de Idosos e ainda, discutidos casos com o clínico mediante a necessidade de encaminhamento hospitalar.

Houve oportunidade de realizar consultas em equipa (enfermeira e médico) a famílias que o careciam, aplicando a técnica interventiva da entrevista sistémica familiar.

Verificou-se com a prestação de cuidados, a carência de documentação no âmbito da ESF. Mais do que ensinar sobre a documentação, percebeu-se a necessidade de sensibilizar a equipa de saúde para a importância da mesma e sua aplicabilidade. Neste sentido, realizou-se um trabalho académico acerca da avaliação familiar e sua operacionalização da prática clínica (Apêndice 6). Neste trabalho e, para atender à transferibilidade do conhecimento para a prática, elaborou-se um enquadramento teórico do MCAF e do MDAIF, demonstrando quais eram os instrumentos disponíveis e passíveis de serem aplicados em cada dimensão (estrutural, desenvolvimental e funcional), em consonância com o sistema informático vigente.

Também foi possível colaborar com outras unidades funcionais e com as interlocutoras dos programas e comissões supracitadas. É alarmante verificar, que existem tantas situações de vulnerabilidade e de perigo que existem no nosso entorno, sendo um enfermeiro de família

uma peça-chave para identificação e articulação com os demais elementos da equipa multidisciplinar.

De forma a ilustrar uma das situações clínicas vivenciadas, apresenta-se o seguinte caso clínico (quadro 5):

Família Sousa (mãe de 48 anos e filhos com 15 e 8 anos, respetivamente) Pedido colaboração de enfermeira interlocutora do programa de Saúde Escolar: isolamento social e anorexia do adolescente
Motivo da consulta: Avaliação familiar através de entrevista sistémica familiar
A Enfermeira interlocutora do programa de Saúde Escolar solicitou a colaboração da enfermeira de família, devido a ter sido percecionado em contexto escola, isolamento social do aluno e ser notório o seu estado de magreza. Neste sentido, foi solicitado a realização de uma consulta de vigilância de saúde. Numa consulta passada, a EF já tinha identificado que o utente tinha um índice de massa corporal baixo, um perfil tendencialmente tímido (podendo ser decorrente do contexto de consulta). Tinha-se verificado ainda, uma eventual identidade de género menos bem aceite pela comunidade escolar. Partindo dessa informação, discutiu-se o caso clínico com o médico de família, os benefícios de uma consulta em conjunto e formulou-se uma hipótese: a aceitação e afirmação da identidade de género poder estar a interferir com o seu bem-estar físico, mental e comportamental. A consulta decorreu com a família, onde se procedeu à avaliação da mesma, através da construção de ecomapa, genograma, e avaliação das dimensões nas escalas do SClínico®. Foram usados os princípios da entrevista sistémica familiar (hipotetização, circularidade e neutralidade), sendo a família esclarecida do motivo da consulta. Conseguiu apurar-se que o utente de nacionalidade estrangeira e membro de uma família reconstruída, se considerava "multissexual", sofrendo de um olhar reprovador por parte dos colegas de escola, o que o fazia ter uma postura de afastamento e evitamento de interação com eles. Manifestou preferir estar fechado em casa e partilhar os seus sentimentos e hobbies com amigos "como ele". A mãe tinha conhecimento desta situação, sabendo que apenas ela, na família, estava a par dos sentimentos do filho. Informou-se a família acerca da associação de mães e pais pela liberdade e orientação sexual (AMPLOS), e de como esta associação poderia ajudá-los a vivenciar esta escolha, caso sentissem necessidade de apoio. Aceitaram essa opção e, decidiram conversarem a sós e eventualmente contactarem a associação, sendo negociado esta estratégia a realizar até à nova consulta. Em paralelo com esta questão, apurou-se que os filhos ficavam sozinhos em casa, nos finais do dia, não havendo ritual de jantarem em família, estando cada um no seu quarto. Tal trouxe outras questões identificadas como prioritárias e trabalhadas com a família. A nível médico, foram prescritos exame complementares de diagnóstico e suplementos alimentar. Ofereceu-se a possibilidade de ser encaminhado para a consulta de psicologia por intermédio da consulta de desenvolvimento, em contexto hospitalar. Incentivou-se a adoção de um padrão alimentar saudável, como ato biológico e também social. Encaminhou-se o utente, após seu consentimento, para a consulta de nutrição.

Na consulta seguinte, a família afirmou não ter sentido ainda necessidade de contactar a associação, contudo agradeceram e frisaram ter guardado essa ferramenta. A mãe passou a estar presente nas refeições dos filhos, reconhecendo a importância da sua presença. Questionado o adolescente sobre o recurso à saúde escolar na área das questões de identidade de género como estratégia de inclusão escolar. Este concordou e, considerou ser uma mais valia para informar os seus pares no contributo para a aceitação da sua identidade. Assim, articulou-se novamente com a Enfermeira no sentido de apurar a exequibilidade de uma formação acerca desta temática na escola visada e quiçá em outras escolas.

Quadro 5 – Caso clínico 2

Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2018).

Por forma a promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissional na presente USF, e indo de encontro às necessidades identificadas no início do estágio, realizaram-se trabalhos académicos e correspondentes apresentações no local do ENP.

Considera-se ter participado no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar.

Através da exemplificação prática no sistema de informação e tecnologias disponíveis, considera-se ter relembrado o contributo dos referenciais teóricos para estruturação do pensamento na tomada de decisão, desmistificando eventuais dúvidas quanto à documentação e acima de tudo, à necessidade e imprescindibilidade da mesma, para conhecer a família e dar continuidade e visibilidade dos cuidados.

Considera-se terem sido prestados cuidados de saúde à família aos mais diferentes níveis de prevenção, envolvendo-a em todas as tomadas de decisão.

Atendendo às orientações emanadas no PNS 2021-2030, foram tidos em conta os determinantes em saúde - biológicos, ambientais, comportamentais e neste sentido, abarcados os vários eixos da prevenção em saúde. Identificaram-se fatores de risco e/ou exposição a ambientes nocivos para a saúde. Foram promovidas atividades de exercício físico em família, favorecedoras de bem-estar físico, mental e momentos de partilha e união familiar.

Contribuiu-se para a vacinação massiva da população (vacinação contra gripe, covid, e tétano e difteria). Enquanto alvo de avaliação de desempenho aos enfermeiros da ULSAM, a área da saúde da mulher, nomeadamente as consultas de planeamento familiar foram tidas

em consideração, aproveitando sempre o momento para avaliar as dimensões da satisfação conjugal e processo familiar.

Por forma a promover a deteção precoce de processos patológicos, deu-se um forte contributo na vigilância a utentes diabéticos, bem como na promoção da aceitação do estado de saúde, autovigilância, gestão e adesão ao regime terapêutico. No que concerne à realização da avaliação ao pé destes utentes, ainda que se tratasse de uma intervenção individual, todos os momentos se tornaram oportunidade e como tal, propícios para obter informação importante e poder melhorar a condição de vida dessas famílias, se assim se verificasse a necessidade.

Com as visitas domiciliárias, tal como já referido, avaliaram-se entre outras as condições habitacionais das famílias e possibilidade/necessidade de adaptação destas, face a situações de dependência. Procurou-se potenciar a capacitação funcional da família e otimização dos recursos existentes, com vista à redução de custos sociais e económicos.

Por fim, na prevenção quaternária, tentou-se prevenir a hipermedicalização do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, através de educação para a saúde à família, nomeadamente na adoção de padrões alimentares e estilos de vida saudáveis.

Todas estas experiências foram avaliadas, e mediante necessidade, foi solicitada colaboração aos vários elos da equipa multidisciplinar. Considera-se assim, ter participado na aplicação da legislação e políticas sociais relacionadas com a saúde e direitos da família.

3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista, seja qual for a sua área de especialidade, deve ser detentor de competências em quatro domínios, que são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

3.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Em consonância com o normativo legal que regula as competências comuns do Enfermeiro Especialista referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pretende-se que o mesmo (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

"A1 - Desenvolva uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional";

"A2 - Garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais".

Enquanto profissão autorregulada, a Enfermagem rege-se por princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício e boas práticas, servindo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (onde estão inseridos o Código Deontológico do Enfermeiro e o REPE) de esqueleto legal para moldar a prática clínica (OE, 2015).

No REPE, explicita-se que os enfermeiros se devem pautar por conduta responsável e ética, respeitando direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. O Código Deontológico do Enfermeiro acrescenta o zelo pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro nas suas intervenções. Define valores universais como igualdade, liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, verdade e a justiça, altruísmo e a solidariedade e, por fim, competência e aperfeiçoamento profissional (OE, 2005).

Ao longo da prestação de cuidados e do desenvolvimento da investigação, foram tidos em consideração os princípios éticos e morais supracitados. Em todas as consultas realizadas, foi previamente solicitada a autorização para serem desenvolvidas, tendo sempre o cliente a liberdade de escolha. Este exercício de autonomia e liberdade de escolha, quer pelo profissional escolhido para o atendimento e ainda para escolha consciente do plano terapêutico, vão de encontro ao conceito de dignidade humana.

As tomadas de decisão tiveram um cunho assente no rigor, conhecimento, evidência científica e negociada com o alvo de cuidados. A discussão com outros membros da equipa, nomeadamente com a enfermeira tutora, promoveram uma reflexão das práticas enquanto enfermeira especialista, contribuindo para a aquisição de competências no âmbito da liderança de processos de tomada de decisão ética na presente área de especialização, bem como, avaliar processo e resultados dessas tomadas de decisão.

Na presente USF constataram-se momento de partilha entre profissionais de saúde em reuniões do conselho geral e discussão de acontecimentos críticos, nomeadamente de reclamações.

De modo cumprir com a segunda competência do presente domínio, considera-se ter atendido à defesa dos direitos humanos através do zelo pelo direito dos utentes/família no

acesso à informação, confidencialidade, segurança da informação escrita e oral adquirida, escolha, privacidade e aos seus valores, costumes e crenças espirituais.

A concluir este domínio e após esta análise, considera-se terem sido desenvolvidas competências para uma prática de cuidados respeitadora dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais.

3.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, espera-se que o Enfermeiro Especialista desenvolva as seguintes competências (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

> "B1 – Garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica";
>
> "B2 – Desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua";
>
> "B3 – Garanta um ambiente terapêutico e seguro".

Define-se qualidade em saúde como uma obrigação ética, ao contribuir decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, melhoria do acesso e equidade aos cuidados de saúde, gestão dos recursos disponíveis, das escolhas da inovação, com vista à adesão e satisfação do cidadão (Despacho n.º 5613/2015).

Por sua vez, a governação clínica consiste num modelo de gestão que visa garantir a qualidade contínua, segurança dos cuidados prestados e maximização dos resultados para o cliente. Para tal, são realizados processos de monitorização e avaliação, identificação de áreas que careçam de melhoria, bem como a implementação e medidas corretivas (Macfarlane, 2019).

Enquanto prioridade da Direção Geral de Saúde (DGS), a qualidade dos cuidados de saúde mereceu a criação do Departamento da Qualidade na Saúde, com a missão de "promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade" (Despacho n.º 14223/2009, p. 24668). Este departamento, assumiu o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, ao partilhar a sua missão, prioridades, valores e princípios, e promovendo as relações com os destinatários e ações para concretizar estas estratégias.

De acordo com o despacho supracitado, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, tinha como meta a aproximação à excelência na prestação de cuidados de saúde, mediada pela garantia da sua qualidade e da sua melhoria contínua, com o benefício dos cidadãos

utilizadores do sistema de saúde ainda os profissionais, no âmbito da satisfação destes últimos (Despacho n.º 14223/2009; Despacho n.º 5613/2015).

Para dar seguimento à Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, relativamente à segurança dos doentes, criou-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Presentemente, encontra-se em vigor PNSD 2021-2026, regulado pelo Despacho n.º 9390/2021.

No que concerne a Enfermagem, este domínio está explanado de forma clara nos enunciados descritivos que servem de base padronizada da qualidade dos cuidados transversal a todos os enfermeiros e que devem respeitar no exercício da sua prática, sendo eles: satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

Numa fase inicial do estágio e com vista na melhoria contínua da qualidade, foi realizada uma avaliação das necessidades de formação da equipa de Enfermagem, cujos resultados estão espelhados no diagnóstico de situação deste relatório. Contudo, ao longo da prática clínica, verificou-se uma necessidade que não estava identificada previamente, sendo em reunião, identificado como uma necessidade a apostar. De nada serviria a elaboração e um protocolo de intervenção familiar, se ainda havia um longo caminho na sensibilização para a avaliação familiar e sua documentação.

Como já mencionado anteriormente, e, fazendo parte da base do processo de Enfermagem, a avaliação familiar e sua demonstração em contexto da prática aos enfermeiros, permitiu observar que é possível e fundamental a sua realização. Considera-se ter contribuído para a melhoria de cuidados, fomentando um ambiente mais seguro. Esta formação, foi avaliada em formulário próprio da instituição, sendo considerada como avaliação "eficaz" (numa escala de "eficaz" e "não eficaz").

A elaboração de um protocolo de intervenção familiar (entrevista sistémica familiar), possibilitou aprofundar conhecimentos pessoais, profissionais, atendendo ao papel do enfermeiro especialista, nomeadamente ao EEESF, e contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados.

No âmbito do desenvolvimento de práticas de qualidade, criou-se um guia orientador de boas práticas intitulado "Guia orientador de acompanhamento a famílias com pessoa com cancro de mama", que emergiu da investigação realizada durante o presente estágio e foi

apresentada aos profissionais no centro de saúde. À semelhança da anterior formação, foi avaliada em formulário próprio da instituição, sendo considerada como avaliação "eficaz".
Foi ainda possível colaborar na avaliação da qualidade das práticas clínicas ao integrar uma auditoria clínica, e analisar e apresentar os resultados em reunião do Conselho Geral.
Ainda que seja uma exigência a qualquer enfermeiro deter conhecimentos científicos e técnicos atualizados, é-lhe atribuído um papel fulcral e diferenciado na conceção, gestão e colaborando em programas de melhoria contínua. A mobilização diferenciada de conhecimento, a análise crítico-reflexiva de experiências proporciona ambientes favorecedores de mudança, contribuindo para o desenvolvimento e crescimento da equipa.
Considera-se ter tido um papel dinamizador e participação ativa de forma articulada e complementar, nos processos de formação contínua da instituição, com enfoque na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

3.2.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista deve adquirir competências por forma ser capaz do seguinte (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

> "C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde";
>
> "C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados".

Na base 2, a Lei expõe que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde e de acordo com a multiplicidade de necessidades de forma célere e no tempo considerado clinicamente aceitável, apelando à dignidade humana. Os cuidados prestados devem pautar-se pela evidência científica, qualidade e segurança em saúde (Despacho n.º 9390/2021).
O PNSD (2021-2026) consiste numa ferramenta de apoio aos gestores de topo, líderes, gestores de risco e profissionais de saúde, envolvendo-os de forma ativa na responsabilidade e desenvolvimento de estratégias para consolidar e promover segurança e qualidade dos cuidados. Assenta em cinco pilares, que servem de referencial de consolidação e evolução no que diz respeito à segurança do doente, sendo os seguintes: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, e, práticas seguras em ambientes (Portugal, 2021).
Com este propósito, optou-se pela elaboração de um guia orientador de acompanhamento a famílias com pessoa com cancro de mama, com vista a sensibilização para o cuidado à

família que experiencia esta transição e não apenas ao doente, contribuindo para implementação de novas dinâmicas de intervenção, e favorecendo transformação/inovação dos contextos da prática clínica. A criação e apresentação do protocolo de intervenção familiar também surge também nesta ótica de proporcionar qualidade aos cuidados, com base em evidência científica.

Ao longo do ENP, foi possível colaborar na gestão de recursos humanos e materiais e assessoria aos enfermeiros e equipa. Foi possível participar e colaborar na organização, inventário e reposição de stock do armazém de material clínico e não clínico, conforme as necessidades do serviço.

Houve oportunidade de disponibilizar acessoria e aos enfermeiros e à equipa de saúde, bem como colaborar nas decisões da equipa, através do conhecimento teórico e prático na presente área de especialidade. Importa ressalvar que, face à recente restruturação das USF e alteração na metodologia de trabalho na presente USF, se vivem momentos potenciadores tensão e stress, nos quais a comunicação e o tipo de liderança surgem como elementos-chave na prática de cuidados, e no trabalho em equipa.

Foi percecionada a importância de gerir a informação a dar, a quem dar, o local e a forma de como se comunica, bem como, o tipo de liderança que pode moldar-se face às equipas e contextos.

Conforme mencionado no primeiro capítulo, respeitante as dotações seguras (regulamento nº 743/2019), a nova atribuição de incentivos financeiros desafia as equipas a aumentarem a sua lista de utentes, com tempos acrescidos de prestação e cuidados. Esta atitude, visa proporcionar a "saúde para todos", contudo, pode acarretar desafios no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados, na eventualidade de não se conseguir assegurados tempos mínimos na sua prestação.

Relativamente a este domínio, considera-se ter gerido os cuidados de saúde, colaborando ativamente na resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multiprofissional e adequado ao clima organizacional. Tiveram-se como elementos-chave: a comunicação, práticas seguras, liderança e a gestão dos recursos mediante cada situação e priorização das necessidades, com vista à otimização da qualidade e segurança dos cuidados.

Participei apenas em duas reuniões do Conselho Geral devido a determinados constrangimentos que não se relacionavam connosco, mas com a própria dinâmica das reuniões. Contudo, foi possível participar em várias reuniões da equipa de saúde e do

conselho técnico, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências a nível da liderança e gestão dos recursos.

3.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve adquirir competências a dois grandes níveis (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

"D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade";

"D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica".

Ao enfermeiro é exigido pelo mantado social da profissão, o aperfeiçoamento contínuo da sua prática, assente na melhor evidência disponível, para um exercício profissional com conhecimentos científicos e técnicos adequados e atualizados (OE, 2015; Regulamento nº140/2019). Conforme expõe Prazeres (2020), a tomada de decisão ocorre ao longo do processo de cuidados de Enfermagem, mediado por um processo de pensamento complexo de articulação e mobilização desses conhecimentos que permite interpretar, analisar e inferir a informação com o objetivo de identificar as respostas mais adequadas.

No ENP foi possível transferir o conhecimento teórico adquirido nas diversas Unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, para a prática clínica. A este conhecimento, acresceu ainda todo o processo de pesquisa desenrolado, quer associado à prestação de cuidados, ao trabalho de investigação, e ainda, a necessidades pessoais, para uma tomada de decisão mais segura e sustentada em evidência científica.

O recurso a discursos calmos e assertivos favoreceu um ambiente harmonioso entre a equipa de saúde, apaziguou determinadas situações onde os utentes/famílias careciam de um cuidado afetuoso, atento e personalizado.

Perante a azáfama do querer saber cada vez mais e melhor, foi necessário o apoio e orientação da equipa pedagógica para balizar os limites pessoais e profissionais, considerando que foi uma das dificuldades sentidas no ENP e devidamente ultrapassada.

A dimensão formativa e de gestão também levaram a uma necessidade de pesquisa aprofundada, de modo a adequar e fundamentar a minha intervenção, como espelha este relatório.

A realização de um diagnóstico de situação, identificando as necessidades in loco refletiu-se enquanto membro facilitador da aprendizagem em contextos de trabalho.

O desenvolvimento de um estudo de investigação traduziu-se como um processo altamente desafiante, crítico e enriquecedor. A sua consecução foi pautada pelo rigor metodológico, com recurso a tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, e exigiu uma tarefa árdua de pesquisa, aquisição e articulação de conhecimento.

A temática escolhida para o estudo de investigação permitiu percecionar na voz das famílias o processo de transição das mesmas perante a pessoa com cancro de mama de um dos seus membros, e do papel que esperam do enfermeiro de saúde familiar.

Com este estudo, considera-se ter assim contribuído para o enriquecimento da evidência científica e crescimento da ciência de Enfermagem, bem como, ter colaborado para a disseminação de informação propícia para melhorar práticas de cuidados.

CONCLUSÃO GERAL E SUGESTÕES

Ainda que cuidar da família não seja uma novidade, transitar o seu foco de "contexto" para "unidade de cuidados" assume um caráter por vezes complexo e, que para tal, exige dedicação e uma mudança na visão do enfermeiro. É necessário, que desde a sua mais básica formação, sejam dotados de conhecimento teórico-práticos no âmbito da ESF, bem como, a sensibilização acerca da importância do envolvimento da família enquanto parceira e não meramente enquanto alvo dos cuidados. De acordo com Shajani e Snell (2023), cabe ao enfermeiro o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde.

A presente área específica de Enfermagem deve desenvolver-se atendendo a três pilares essenciais: formação, investigação e prática clínica, estando estes interligados com desenvolvimento de conhecimento científico e das competências ético-clínicas e humanas. A tomada de decisão ocorre ao longo do processo de cuidados de enfermagem, mediado por um processo de pensamento complexo de articulação e mobilização desses conhecimentos que permite interpretar, analisar e inferir a informação com o objetivo de identificar as respostas mais adequadas (Prazeres, 2020).

Passam a apresentar-se algumas das **conclusões** obtidas com o desenvolvimento do ENP, no âmbito do desenvolvimento de competências especializadas de ESF:

1 - Reconheceu-se a complexidade do sistema familiar, considerando as suas características auto-organizativas, de globalidade, equifinalidade.

2 - Cuidar de uma família, implica inequivocamente cuidar dela enquanto unidade e de cada um dos seus membros, ao longo do decurso do ciclo vital.

3 - Desde a sua génese, até ao seu término, pessoas e famílias são unidades de transformação, vivenciando vários processos de transição normativas/não normativas, simples/múltiplas, isoladas/simultaneamente.

4 - Qualquer transição é potencialmente geradora de stress, podendo desencadear instabilidade familiar e levá-la a necessitar de ajudar para se adaptar.

5 - Quando uma pessoa adoece, todo o sistema familiar sofre alterações, vivendo momentos dolorosos e desafiantes e nos quais o enfermeiro deve intervir.

6 - A identificação dos recursos e forças internas da família favorece a mudança do foco da doença para a procura da saúde, atribui-lhe um papel dinâmico da mesma, sendo da co-responsabilidade do enfermeiro fortalecer a capacidade funcional da família e apoiá-la na mobilização de recursos para maximizar do seu potencial de saúde.

7 - Não existe um manual sobre o que se sente perante um diagnóstico de cancro, nem que estratégias são mais adaptativas, contudo determinadas características familiares como uma maior flexibilidade, maior proximidade emocional, capacidade de mudança características famílias são percussoras de uma adaptação mais favorável.

8 - Algumas das estratégias de coping elencadas para viver o processo familiar de cancro de mama foram a coesão familiar, a ajuda de familiares e amigos, a resiliência, a fé e recursos a experiências já vividas.

9 - A comunicação positiva, a escuta ativa e a presença do enfermeiro de família fazem parte das expectativas das famílias, quando vivenciam um processo de saúde-doença.

10 - É necessário adotar estratégias por forma a que a família saiba e sinta, que o enfermeiro está disponível e presente durante os vários processos adaptativos vivenciados.

11 - O enfermeiro de família possui competências para cuidar das famílias enquanto sistema, assumindo uma posição de centralidade na avaliação, identificação de necessidade e intervenção em conjunto com as mesmas.

12 - Avaliar a família, nas suas várias dimensões é o ponto de partida para uma intervenção adaptada e personalizada.

13 - A identificação das necessidades conjunta com a família permite percecionar quais as reais expectativas e necessidades, em detrimento das que o enfermeiro apenas considera serem.

14 - A documentação da avaliação familiar é fulcral para conhecer a família, para criar indicadores e dar visibilidade à ESF.

15 - A entrevista sistémica familiar permite intervir na e com a família de uma forma sequencial, clara e objetiva, pautada por princípios de hipotetização, circularidade e neutralidade.

16 - O domicílio é um local suigeneris, rico em informação a nível multidimensional (relações, culturas, hierarquias, espaço físico), e favorecedor de aproximação do binómio profissional/cliente, contribuindo para uma relação terapêutica mais efetiva.

17 - O olhar multidisciplinar na visita domiciliária, favorece um cuidado holístico, abrangente e personalizado da família.

18 - Mediado por uma comunicação eficaz, o enfermeiro pode e deve recorrer aos restantes elementos da equipa multidisciplinar quando identifique áreas de intervenção de outros domínios.

19 - É importante, perante conjeturas desafiantes e complexas, a colaboração e discussão com colegas, nomeadamente enfermeiros especialistas, pelo olhar perito, perspicaz e crítico.

20 - A pesquisa bibliográfica realizada, quer associado à prestação de cuidados, ao trabalho de investigação, e ainda, a necessidades pessoais, contribuíram para uma tomada de decisão mais segura e sustentada em evidência científica.
21 - A formação é essencial para a aquisição e desenvolvimento de conhecimento, estratégias e ferramentas para melhorar a qualidade dos cuidados e fomentar um ambiente mais seguro.
Em jeito de síntese, o cuidado integral da família enquanto foco e parceiro de cuidados é fundamental a prestação de cuidados global e personalizada, já que "as famílias continuam a ser espaços privilegiadas de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se enquanto sistemas co evolutivos, como unidades dotadas de energia com competências para manter o seu funcionamento" (Figueiredo et al., 2023, p.43), e, portanto, nossas parceiras no estabelecimento de um plano de intervenção.
Verificou-se a importância que o enfermeiro especialista assume, quer na prestação de cuidados, quer na formação, quer na gestão dos cuidados e dos recursos.

Como **sugestões** que ajudem a desenvolver uma prática de ESF de qualidade, seria de valor:
1 – Proporcionar momentos formativos no âmbito da ESF;
2 – Incentivar demais elementos de Enfermagem a formarem-se na área de especialidade em ESF;
3 - Apostar na investigação na prática clínica, com apoio da instituição na criação de condições para o seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achora, S. & Labrague, L. (2019). An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care - Implications for Practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 21*(1), 29-37. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000481

Administração Central do Sistema de Saúde (2023). *Operacionalização da contratualização de cuidados de saúde primários.* ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf

Agência Portuguesa do Ambiente. (2023). *Relatório do estado do ambiente 2022/2023*. APA.https://rea.apambiente.pt/sites/default/files/rea/REA%202022_2023_pdf_vfinal_11_10_2023.pdf

Barbosa, A., Pina, P. R., Neto, I. G., & Tavares, F. (2016). *Manual de cuidados paliativos*. (3ª Ed.). Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70

Barjasteh, S., Farnam, F., Elsous, A., Nedjat, S., Razavi Dizaji, S., & Khakbazan, Z. (2022). Overcoming reproductive and psychological concerns of breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Journal of family & reproductive health*, 16(1)., 52–60. https://doi.org/https://doi.org/10.18502/jfrh.v16i1.8594

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*,22(3). https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016

Burnette, C. E., Boel-Studt, S., Renner, L. M., Figley, C. R., Theall, K. P., Miller Scarnato, J., & Billiot, S. (2020). The Family resilience inventory: a culturally grounded measure of current and family-of-origin protective processes in native american families. *Family Process*, 59 (2). https://doi.org/10.1111/famp.12423

Cabral, S. M. P. (2020). *Variáveis psicossociais em mulheres com cancro de mama: o impacto da escrita narrativa.* [Dissertação de mestrado, ISPA - Instituto Universitário Ciências, Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório aberto ISPA. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7845/1/24223.pdf

Caiola, A. (2018). *Famílias, deficiências e transições de vida: a reconfiguração de cenários familiares na deficiência.* [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre -

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22729

Carneiro, E. C., S.,P., Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., Lobosco, M. P.J., Andrade, A., C. S., & Chicharro, S. (2020). A percepção da mulher com câncer mamário em relação ao impacto nos filhos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1). https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100018&lng=es&tlng=pt

Chanes, M. (2020). *Descomplicando as teorias de enfermagem: um guia prático para entender e utilizar as teorias de enfermagem*. Audreoli

Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses

Conseil de L´Europe Portail (2024). *Convention d´Oviedo et ses protocoles*. CEP. https://www.coe.int/fr/web/bioethics/oviedo-convention

Coppetti, L., Nietsche, E., Schimith, M., Radovanovic, C., Lacerda, M., & Girardon-Perlini, N. (2024). Vivência de homens no cuidado ao familiar com câncer: uma teoria fundamentada nos dados. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 32. https://www.scielo.br/j/rlae/a/5Q4SndpKCczLNZcmBWw5mpy/?format=pdf&lang=pt

Cotrim, H. (2023). Transição saúde/doença. In Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H. (coords.). *Enfermagem de saúde familiar*. (pp222-226). Lidel

Cotrim, H. & Figueiredo, M.H. (2023). Gestão da doença crónica e ciclo de vida familiar. In Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H. (coords.). *Enfermagem de saúde familiar*. (pp227-228). Lidel

Decreto-Lei n.º 52/2022. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*. I Série, nº 15 (2022-08-01). http://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881

Decreto-Lei n.º 73/2017. Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário da República*. I série, n.º 118 (2017-06-21). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409

Decreto-Lei n.º 103/2023. Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República*. I Série, n.º 215 (2023-11-07). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279

Decreto-Lei n.º 118/2014. Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados

de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República*, I Série, nº. 149 (2014-08-05). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561

Decreto-Lei n.º 298/2007. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário da Repúblic*a. I Série, n.º 161 (2007-08-22). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665

Despacho n.º 9/2006. Aprova o regulamento para lançamento e implementação das unidades de saúde familiar. *Diário da República*, I-B Série, n.º 34 (2006-02-16). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/9-2006-683669

Despacho n.º 2555/2022. Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar. Diário da República, II série, nº 40. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/02/040000000/0029000291.pdf

Despacho n.º 5613/2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. *Diário da República*, II Série, nº 102 (2015-05-27). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029

Despacho nº. 6401/2016. A Direção Geral da Saúde (DGS) desenvolve, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, programas de saúde prioritários. *Diário da República*. II série, nº 94 (1996-05-16). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6401-2016-74443131

Despacho n.º 6716/2023. Aprova o plano de estudos conducente ao grau de mestrado do 2.º ciclo em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*. II Série, nº. 119 (2023-06-21). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/doc/6716-2023-214618888

Despacho n.º 9390/2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República*. II Série, nº. 187 (2021-9-24.). https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

Despacho n.º 14223/2009. Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Diário da República*. II Série, n.º 120 (2009-06-24). https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/06/120000000/2466724669.pdf

Falcão, C. S.; Catrib, A. M.; Brasil, C. C.; Batista, P. M.; Sousa, I. C. & Melo, J. C. (2022). Netnographic research on the importance of spirituality and religiosity after the

diagnosis of breast cancer. *New Trends in Qualitative Research*, 13, 1-9. https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e705

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

Figueiredo, M. H. (2023). A Família e a experiência da doença. In Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H. (coords.). *Enfermagem de saúde familiar*. (pp212-221). Lidel

Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2019). Promoção da saúde em enfermagem: um ensaio do modelo salutogénico ao modelo de sistemas. *Servir*, 60(1-2). http://hdl.handle.net/10400.15/2939

Figueiredo, M. H.; Monteiro, M. J. P.& Subtil, C. (2023). A enfermagem de saúde familiar. In Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H. (coords.). Enfermagem de saúde familiar. (pp42-64) Lidel

Friedemann, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*,14 (2), 211-216. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01527.x

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2022). *PORDATA: estatísticas sobre Portugal e Europa*. FFMS. https://www.pordata.pt

Garcia, M. R., Oliveira, H. M., & Gonçalves, M. J. (2019). Visitas domiciliares ao enfermeiro e sua relação com as internações por doenças sensíveis à atenção básica. *Escola Anna Nery*, 23(2), 1-9. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0285

Gomes, R. M., Campos, J. F., Costa, A. M., Martins, R. M., Rocha, R. P., Faustino, R. P. & Alves, D. A. (2021). A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Research, Society and Development*, 10(2), 1-11. https://doi.org/hppt://dx.doi.org/10.33448/rds-v10i2.12616

González Corría, C., García Rodríguez, J., & Rodríguez Méndez, V. (2022). Sistema de acciones psicosociales para la orientación a la familia de pacientes con cáncer de mama. *Humanidades Médicas*, 22(1), 55-68.

Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas forças - Saúde e cura para a pessoa e família.* Lusodidacta

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

Hernández Sampieri, R., Hernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2013). *Metodologia de pesquisa*. (5º. Ed.). Penso

International Council of Nurses (2011). *Position statement: nurses and human rights*. ICN. https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/E10_Nurses_Human_Rights%281%29.pdf

Internacional Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. ICN. https://www.icn.ch/icnp-browser

Internacional Family Nursing Association (2017). *Position statement on advance practice compentencies for family nursing*. IFNA. https://internacionalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/

Kaakinen, J., Coehlo, D., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: theory, practice, and research* (6th Ed.). F.A. Davis Company.

Karimzadeh, Y., Rahimi, M., Goodarzi, M. A., Tahmasebi, S., & Talei, A. (2021). Posttraumatic growth in women with breast cancer: emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1943871. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943871

Katz, L. F., Fladeboe, K., King, K., Gurtovenko, K., Kawamura, J., Friedman, D., Compas, B., Gruhn, M., Breiger, D., Lengua, L., Lavi, I., & Stettler, N. (2018). Trajectories of child and caregiver psychological adjustment in families of children with cancer. Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, *American Psychological Association*, 37(8), 725–735. https://doi.org/10.1037/hea0000619

Kraus, T. & Silva, M., M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. (pp392-397). Lidel

Lei nº. 95/2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002. *Diário da República*, I Série, nº 169 (2019-09-04). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108

Liga Portuguesa Contra o Cancro (2024). *Grupo de auto ajuda para familiares de doentes com cancro*. LPCC. https://www.ligacontracancro.pt/servicos/detalhe/url/voluntariado-entreajuda-grupo-e-auto-ajuda-para-familiares-de-doentes-com-cancro/

Lourenço, I.L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M., S. Melo, M., F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578.https://doi.org/https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696

Macedo, S. I. (2022). *O impacto do cancro na autoimagem, conjugalidade e sexualidade de sobreviventes*. [Dissertação de mestrado, Universidade da Maia - Departamento de Ciências Sociais e de Comportamento]. Repositório científico da UMAIA. http://hdl.handle.net/10400.24/2284

Macfarlane, A. (2019). What is clinical governance? *BJA Education,* 19(6), 174-175. https://www.bjaed.org/action/showPdf?pii=S2058-5349%2819%2930031-9

Magalhães, P., Loyola, E., Dupas, G., Borges, M., Paterra, T., & Panobianco, M. (2020). O significado das atividades laborais para mulheres jovens com neoplasias da mama. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 29. https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0422

Mairink, A. P.A.R., Gradim, C.V.C., Borges, M. L., Pereira, F. H., & Panobianco, M.S. (2022). Rede de apoio espiritual/religiosa/social no câncer de mama e a COVID-19. *REVER: Revista de Estudos da Religião.22 (2).* https://doi.org/https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol22i2a13

Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A comunicação de más notícias perspetivada segundo Meleis e Watson: uma revisão narrativa. *Servir*, 2 (04). https://doi.org/10.48492/servir0204.28390

Martins, T., Nascimento, L. V., Andrade, J. V., Silva, S. A., & Terra, F. S. (2023). Acompanhamento pela equipa de enfermagem às pessoas com câncer na atenção primária: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, (15). https://doi.org/https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12831

McCubbin, M. (1993). *Families coping with ilness: the resiliency model family stresse, adjustment, and adaptation.In families, health & illness: perspectives on coping and intervention*.

McEwen, M., & Wills, E. (2016). *Bases teóricas de enfermagem*. Artmed.

Meleis, A. (2018). *Theoretical nursing: development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer Health.

Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: guia de decisão clínica*. Lidel.

Melo, P. (2023). A promoção da saúde. In Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H. (coords.). *Enfermagem de saúde familiar. (*pp2-9). Lidel

Mudarra García, N., Meneses Morroy, A.,Pacheco del Cerro, E., Pérez Muñoz, R., Martin Casas, P., & Granizo Martínez, J.J. (2022). Beneficios de una intervención conjunta con la familia de mujeres con cáncer de mama antes de la cirugía. *Metas de Enfermería*, 25(4), 22-31. https://doi.org/https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081926

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011*). The Neuman systems model* (5 ed.). Pearson.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. OE

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar: aprovado por unanimidade em Assembleia Extraordinária de 20 de novembro de 2010*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. (2.º ed.). OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Tomada de posição n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária: referencial em enfermagem de saúde familiar*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28493/tomada-de-posi%C3%A7%C3%A3o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar.pdf

Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde 21: uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Lusociência.

Organização Mundial de Saúde (2023). *Cuidados de saúde primários*. OMS. https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care

Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, M.C. (2017). Enfermagem baseada em evidências: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. In. M. Abreu, A.I. vilar, A.P. Cantante, E. Borges, F. Araújo, F. Bastos, M. Teixeira, M.J. Peixoto, M. R. Freire, T. Martins, & T.T Ribeiro (orgs). *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: livro de resumos. (pp* 26-34). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://doi.org/https://hdl.handle.net/10400.26/31753

Pires, A. (2023). Teorias de enfermagem. In Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. (pp89-91). Lidel

Portaria nº411-A/2023. Regula o índice de desempenho da equipa multiprofissional das unidades de saúde familiar de modelo B, e a atribuição dos incentivos institucionais a estas e às unidades de cuidados de saúde personalizados. *Diário da República*, I Série, 1.º supl., nº 234 (2023-12-05). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/234-2023-225265450

Portaria n.º 454-A/2023. Regula o procedimento de candidatura aplicável à constituição das unidades de saúde familiar modelo B, os processos de monitorização e de acompanhamento e ainda os mecanismos de transição para unidades de saúde familiar modelo B. *Diário da República*, I Série, 1.º supl., n.º 249 (2023-12-28). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/454-a-2023-835862896

Portugal. Direção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. DGS.https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol1-Plano-Nacional-de-Saude-2004-2010-Prioridades.pdf

Portugal. Direção Geral de Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030: saúde sustentável: de tod@s para tod@s. M.S. https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx

Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2022[a]). *Censos 2021*. INE. https://tabulador.ine.pt/censos2021/

Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2022[b]). *O que nos dizem os Censos sobre as estruturas familiares*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=593065060&DESTAQUESmodo=2

Portugal. Ministério da saúde. ARS Norte (2018). *Perfil Local de Saúde: ULS Alto Minho*. ARS Norte. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018_A21_Alto-Minho.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. ARS Norte (2021) *Plano de Atividades e orçamento: 2021.ULS Alto Minho.* https://www.ulsam.minsaude.pt/wpcontent/ulpoads/sites/10/2016/11/PLANO_ATIVIDADES_ORCAMENTO_2021.pdf

Portugal. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Secretaria de Estado do Emprego e Formação Profissional (1999). *Metodologia de avaliação de intervenções sociais.* IEFP/IGFSS

Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (2024). *Área dos CSP da ULS Alto Minho*. BI-CSP. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/913/10001/Pages/default.aspx

Prazeres, V. (2020). *Processo de tomada de decisão em enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados intensivos: perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Santa Maria]. Repositório Comum. https://repositorio.santamariasaude.pt/handle/123456789/100

Price, C., Price, S., & McKenry, P. (2016). Families coping with change: a conceptual overview. In. K. Bush, C. Price, & P. McKenry (coords.). *Families and change: coping with stressful events and transitions.* (5 ed., pp. 1-25). Sage.

Ramírez-Perdomo, C. A., Rodríguez-Velez, M. E., & Perdomo-Romero, A. Y. (2018). Incertidumbre frente al dianóstico de cáncer. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 27(4). https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0104-07072018005040017

Ramos, A. (2016). *Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: um programa de intervenção*. [Tese de doutoramento, ISPA - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do ISPA.https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5484/3/TES%20RAMO1.pdf

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, II Série, nº26 (2019-06-02) https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento n.º 367/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, II Série, n.º 124 (2015-06-29). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811

Regulamento nº. 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, II Série, n.º 135. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República*, II Série, n.º 184 (2019-09-25). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005. Cria um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários. *Diário da República*, I-B Série, n.º 81 (2005-04-27). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/86-2005-533211

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários. *Diário da República*, I-B Série, n.º 196 (2005-10-12). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2005-156182

Ribeiro, W. A., Cardoso, H., Costa, H., Veras, M., Coutinho, V., & Júnior, J. (2020). Câncer de mama: impacto e sentimentos na vida da mulher. *Revista Pró-UniverSUS*, 11(1). https://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2238

Rosa, C. S.R., Carvalho, A.G.F., & Barja, P.R. (2022). Soft Skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57). https://doi.org/https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2592

Santos, C. A., Costa, K. S., Dantas, M. J., & Morais, C. (2021). Condicionantes da adaptação das famílias enquanto sistema e cliente face à situação de cancro: Scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1–10. https://doi.org/10.12707/RV20149

Shajani. Z & Snell, D. (2023). Shajani & Snell's Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention (8.ª ed.). F.A. Davis

Silva, E. P., Parente, F. F., Feijão, G. M., Ribeiro, R. M., Lima, D. N., & Silva, A. M. (2023). Reflexões sobre os impactos do tratamento de câncer de mama para a dinâmica familiar da mulher. *Research,Society and development.* 12(1). https://doi.org/http//dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39372

Słowik, A. J., Jabłoński, M. J., Michałowska-Kaczmarczyk, A. M., & Jach, R. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method

of surgery. *Psychiatria polska*, 51(5), 871–888. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63787

Taffner, V., Pimentel, R., D.B., A., Freitas, G., & Santos, M. (2022). Teorias e modelos de enfermagem como refenciais teóricos de teses e dissertações brasileiras: estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(04). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Van Schoors, M., De Paepe, A. L., Norga, K., Cosyns, V., Morren, H., Vercruysse, T., Goubert, L., & Verhofstadt, L. L. (2019). Family Members Dealing With Childhood Cancer: A Study on the Role of Family Functioning and Cancer Appraisal. *Frontiers in psychology*, 10, 1405. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01405

Vilelas, J. (2022). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. (3 ed.). Edições Sílabo

Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2 ed.). The Guilford Press

World Health Organization (2000). *Munich declaration: nurses and midwives: a force for health*. WHO. https://iris.who.int/handle/10665/348026

World Health Organization (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240001299

World Health Organization (2022). *Cancer today: population fact sheets: Portugal*. International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf

World Medical Association (2022). *Declaration of Helsinki: medical research involving human subjects*. WMA. https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE GRAFFAR- CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

Classificação social da família estabelecida pelo Professor Graffar

A Notação Social da Família – Graffar também conhecida como Índice de Graffar ou Classificação Social permite avaliar as condições socioeconómicas da família tendo como resultado a identificação da sua classe social. Possibilita, prever situações de risco, bem como as alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial. São avaliados cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiares, conforto e habitação, aspetos do bairro onde reside.

Cada um destes 5 critérios é avaliado segundo a mais correta adequação ao agregado familiar, em cinco graus. Foi considerado o elemento de casal que representasse maior nível de classificação

Os resultados obtidos revelam umas das seguintes classes socioeconómicas:

 Resultados entre 5 e 9 – Classe I – Classe Alta

 Resultados entre 10 e 13 – Classe II – Classe Média Alta

 Resultados entre 14 e 17 – Classe III – Classe Média

 Resultados entre 18 e 21 – Classe IV – Classe Média Baixa

 Resultados entre 22 e 25 – Classe V – Classe Baixa

Escala de Graffar

Nome: _____ Data: _____

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1º	- Gr. Industriais e Comerciantes; - Gestores de topo do setor 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, espaços com máximo de conforto.	- Zona de residência elegante.	5 - 9	I Classe Alta
2º	- Médios Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Oficiais das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores do Ensino Secundário; - Professores Universitários (S/ Doutoramento).	- Bacharelato ou Curso Superior.	- Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional).	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável.	- Bom local.	10 - 13	II Classe Média Alta
3º	- Pequenos Industriais e Comerciantes; - Quadros médios; chefes de secção; - Emp. Escritório (grau>); - Médios Agricultores; - Sargentos e equiparados.	- 12º ano; - 9 ou mais anos de escolaridade.	- Vencimentos certos.	- Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	- Zona intermédia.	14 – 17	III Classe Média
4º	- Pequenos Agricultores/Rendeiros; - Emp. Escritório (grau<); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau<). 22-25	- Escolaridade >= 4 anos.	- Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos.	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível.	- Bairro social/operário. - Zona antiga.	18 - 21	IV Classe Média Baixa
5º	- Assalariados agrícolas; - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	- Não sabe ler ou escrever; - Escolaridade < 4 anos.	- Assistência (subsídios).	- Impróprio (barraca, andar ou outro); - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.	- Bairro de lata ou equivalente.	22 - 25	V Classe Baixa

Fonte: Graffar – "Une méthode de classification social d'échantillons de population"
Courrier, Septembre, 1956, Vol VI – nº8 Marcel Graffar, pp.455-459
Adaptado em 1990 e atualizado em 2001 pelo Sr Dr Fausto Amaro

ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 74 de 16/10/2023 **Assunto:** Projeto de investigação intitulado " O processo de transição familiar à pessoa com cancro de mama – um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar"	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Katia Sophie Ribeiro da Costa Mestranda do I Curso de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do IPVC

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Solicitada autorização para a realização do projeto de investigação intitulado" Processo de transição familiar à pessoa com cancro de mama – um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar". Trata-se de um estudo qualitativo, de cariz exploratório e descritivo, cujo objetivo geral é compreender o processo de transição da família perante a pessoa com cancro da mama, que irá ser desenvolvido na Unidade de Saúde familiar no Concelho pertencente ao ACES da ULSAM, cuja conclusão se prevê para 23 de Março de 2024.

São objetivos específicos:

- Identificar o processo de perdas da família perante a pessoa com cancro da mama;
- Identificar as necessidades da família no processo de transição perante a pessoa com cancro da mama;
- Identificar as dificuldades da família no processo de transição perante a pessoa com cancro da mama;
- Identificar o processo de transição da família perante a pessoa com cancro da mama;
- Identificar as expetativas da família, no seu processo de transição perante a pessoa com cancro da mama, acerca dos cuidados do enfermeiro de família;
- Analisar as propostas de melhoria relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição da família perante a pessoa com cancro de mama.

População em Estudo:
Famílias cujo membro tenha sofrido cancro da mama em 2023.

Critérios de inclusão:
Famílias cujas mulheres tenham tido o diagnóstico de cancro de mama em 2023, terem mais de 18 anos, estarem inscritos na USF e que se mostrem disponíveis para voluntariamente participarem no estudo.

São critérios de Exclusão:
As famílias que não dominem a língua portuguesa; famílias unipessoais ou cujos membros apresentem défices cognitivos que os impossibilite responder aos instrumentos de recolha de dados; estarem a vivenciar outro tipo de doença oncológica.

Análise e tratamento de dados:
Recurso à entrevista semiestruturada, com autorização prévia de gravação sendo mencionado que as entrevistas serão imediatamente codificadas e os dados colhidos mantidos de forma segura e acessível, sendo destruídos após 5 anos da conclusão da investigação. A análise e tratamento de dados será realizada através da análise de conteúdo.

Será usado um consentimento informado e esclarecido, através do qual os participantes saberão a finalidade, natureza, duração da investigação e métodos utilizados.

A realização do presente estudo terá em consideração o seguinte protocolo de investigação:
Contacto com a coordenadora da USF na Unidade de Saúde Familiar
Contacto com Enfermeira em funções de Chefia do Centro de Saúde
Seleção da população alvo a integrar o estudo;
Apresentação da investigadora;
Obtenção do CI livre e informado (de cada um dos participantes);
Recolha de dados;
Devolução dos dados aos participantes.

2. Fundamentação

Numa perspetiva sistémica, entende-se que o que influencia uma parte do sistema influencia as demais que o constituem. Assim, quando um elemento da família vivencia um evento de saúde/doença, todos os membros são afetados, desencadeando-se uma transição saúde-doença, com potencial de criar tensão na mesma (Nené et al,2023; Kaakinen et al.;2018).É consensual na literatura que perante um diagnóstico de cancro, a família inicia um processo adaptativo contínuo, altera a sua dinâmica e usa os seus recurso e estratégias de coping, para responder à situação e restabelecer o equilíbrio normal.
Callista Roy desenvolveu o seu modelo de adaptação no qual o indivíduo é tido como um sistema adaptativo que reage a estímulos ambientais de quatro formas: fisiológica, autoconceito, função e papel e interdependência. Enfatiza a promoção da saúde e a importância de ajudar os clientes a fazerem face ao ambiente, tornando-se crucial para e na Enfermagem de Família (Hanson, 2005).
Os enfermeiros de Família, pela sua relação de proximidade com o sistema familiar, encontram-se numa posição privilegiada na aferição das necessidades reais das famílias face às mais diversas transições e adaptações que experiencia, bem como na cocriação do seu plano de intervenção, numa perspetiva empoderadora, enfatizando sempre os seus pontos fortes; A finalidade do estudo consiste em facilitar no processo de transição perante a pessoa com cancro da mama e proporcionar as mudanças/inovação nos cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar.

3. Conclusão/parecer

Cabe à Equipa que está a acompanhar estas doentes, ser o elo de ligação entre estas e a investigadora. O primeiro contacto com as famílias deverá ser sempre feito através da equipa que as acompanha e nunca diretamente pela investigadora.
O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q741, e Mod.Q 755 pelo que nada há a opor à autorização requerida.
Após a conclusão do Projeto o investigador deverá comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos
Nota: Referências bibliográficas:
Apresentada bibliografia

Relator(es)	Ângela Sampaio
Ratificado em reunião do dia	30-11-2023
Enviado parecer: __/__/____	

30/11/2023 O Presidente da CES

DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

APÊNDICES

APÊNDICE 1- DECLARAÇÃO DE CILE

Consentimento informado, livre e esclarecido

Eu, _____, nascido(a) em ___/___/___, portador do Cartão de Cidadão nº _____, utente inscrito na USF _____, declaro participar de livre vontade no estudo de investigação desenvolvido por Katia Sophie Ribeiro Da Costa, Enfermeira com cédula profissional nº 65845, e integrado no Estágio de Natureza Profissional do I Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Declaro ter sido devidamente esclarecido(a) da natureza, objetivos e finalidade do estudo de investigação subordinado ao tema "O processo de transição familiar à pessoa com cancro de mama – um desafio à Enfermagem de Saúde Familiar" e autorizo a utilização da informação por mim fornecida no decurso da entrevista, desde que garantido o meu anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, salvaguardando os princípios invocados pela Declaração de Helsínquia e pela Convenção de Oviedo.

_____ , ___ de_____de 2023/2024

O Entrevistado _____

O Investigador _____

(Documento assinado em duplicado e entregue uma cópia para cada um dos participantes)

APÊNDICE 2- GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte – Acolhimento	
Objetivo: Informar os participantes	- Identificação do investigador; - Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; - Garantir a confidencialidade e anonimato; - Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caraterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar os participantes	- Aplicação da escala de Graffar (Anexo I) - Construção do Ecomapa - Tipo de família: □ Unipessoal □ Casal □ Família nuclear □ Reconstruída □ Monoparental □ Alargada □ Cohabitação □ Família institucional - Fase do ciclo vital familiar □ Formação de casal □ Nascimento do primeiro filho □ Entrada da criança para a escola □ Família com filhos adolescentes □ Saída dos filhos - Idade do membro da família aquando do diagnóstico de cancro □ Inferior a 20 anos □ Entre 20 anos e 30 anos □ Entre 30 anos e 40 anos □ Entre 40 anos e 50 anos □ Entre 50 anos e 60 anos □ Entre 60 anos e 70 anos □ Entre 70 anos e 80 anos

	□ Superior a 80 anos
III Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Identificar o processo de perdas da família perante a pessoa com cancro de mama	O que considera que perderam ou podem perder com esta situação de doença?
Identificar as necessidades da família no processo de transição perante a pessoa com cancro de mama	O que consideram ser preciso para conseguir ultrapassar esta nova fase da vida?
Identificar as dificuldades da família no processo de transição perante a pessoa com cancro de mama	O que é mais difícil perante esta notícia? Quais são as maiores dificuldades que enfrentam?
Identificar o processo de transição da família perante a pessoa com cancro de mama	Que estratégias utilizam para atravessar com esta transição? Que mecanismos utilizam para ultrapassar as dificuldades?
Identificar as expectativas da família, no seu processo de transição perante a pessoa com cancro de mama, acerca dos cuidados do enfermeiro de família	O que esperam do seu enfermeiro de família face à transição que está a viver?
Analisar as propostas de melhoria relativamente aos contributos dos enfermeiros no processo de transição da família perante a pessoa com cancro de mama	Qual o papel que gostariam que o enfermeiro tivesse na família para melhorar este processo de transição?
IV Parte -Fecho da Entrevista	
- Agradecer a colaboração dos entrevistados - Referir a importância da sua participação no estudo; - Sintetizar os aspetos essenciais abordados ao longo da entrevista; - Dar a oportunidade de acrescentar aspetos omissos durante a entrevista.	

APÊNDICE 3- PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO À COORDENADORA DA USF

Pedido de autorização de Estudo de Investigação

Exma. Sra. Coordenadora da USF _____,
Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

Eu, Katia Sophie Ribeiro Da Costa, enfermeira e exercer funções na USF de Monção, ULSAM, encontro-me a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a autorização para a realização do estudo de investigação subordinado ao tema "processo de transição familiar à pessoa com cancro de mama- um desafio ao Enfermeiro de Saúde Familiar" integrado na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, a decorrer na USF _____.

Esta investigação tem por objetivo principal compreender o processo de transição da família perante a pessoa com cancro de mama.

Durante o presente estágio, serei orientada pela Professora Doutora Manuela Cerqueira, docente na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e sob tutoria da Enfermeira Mestre _____da USF _____.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizarem a participar no estudo, salvaguardando as questões éticas inerentes a qualquer investigação, e não causando prejuízo no normal funcionamento da unidade funcional.

Encontro-me na disposição de prestar mais informação/esclarecimentos se julgar necessário.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Os meus melhores cumprimentos,

Katia Da Costa
Enfermeira na USF de Monção

Declaro não ter nada a opor na realização do estudo de investigação na USF :_____.

12.10.2023

_____

APÊNDICE 4 - PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO À ENFERMEIRA EM FUNÇÕES DE CHEFIA DO CENTRO DE SAÚDE

Pedido de autorização de Estudo de Investigação

Exma. Sra. Enfermeira, em funções de chefia do Centro de Saúde de _____,
Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

Eu, Katia Sophie Ribeiro Da Costa, enfermeira e exercer funções na USF de Monção, ULSAM, encontro-me a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a autorização para a realização do estudo de investigação subordinado ao tema "processo de transição familiar à pessoa com cancro de mama- um desafio ao Enfermeiro de Saúde Familiar" integrado na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional, a decorrer na USF _____.

Esta investigação tem por objetivo principal compreender o processo de transição da família perante a pessoa com cancro de mama.

Durante o presente estágio, serei orientada pela Professora Doutora Manuela Cerqueira, docente na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e sob tutoria da Enfermeira _____da USF _____.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizarem a participar no estudo, salvaguardando as questões éticas inerentes a qualquer investigação, e não causando prejuízo no normal funcionamento da unidade funcional.

Encontro-me na disposição de prestar mais informação/esclarecimentos se julgar necessário.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Os meus melhores cumprimentos,

Katia Da Costa

Enfermeira na USF de Monção

Declaro não ter nada a opor na realização do estudo de investigação na USF _____.

12.10.2023

_____

APÊNDICE 5 – ÁREAS TEMÁTICAS, CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E UNIDADES DE ANÁLISE

ÁREA TEMÁTICA 1: PROCESSO DE PERDAS NA TRANSIÇÃO FAMILIAR RELATADO PELA PESSOA COM CANCRO DE MAMA E FAMILIA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Perdas da mulher com cancro de mama	Debilidade física	"(…)se calhar a única perca que eu vejo é os efeitos secundários de... Dos tratamentos, não é? Os que me fragilizaram mais e daqui a daqui lá (…)" EF1 "(…)Perdi bem-estar físico, porque estou em constante desconforto (…)Perdi a capacidade de fazer muitas tarefas que fazia a nível doméstico (…)" EF3 "(…)Metade das coisas que eu fazia, deixei de fazer. Mas voltei a trabalhar. Porque eu não vou... Primeiro, em termos económicos, a baixa é uma piada. É surreal. Não é? E para além disso, eu gosto de trabalhar. Eu não me vejo a estar em casa ou a ir passear e fazer caminhadas de manhã e não sei o quê. Eu gosto de trabalhar (…)" EF7
	Alteração da imagem corporal	"(…)E em casa andei sempre sem touca à frente dele e da filha. Se os meus pais fossem lá ou se os amigos fossem lá, aí punha a touca (…);(…)";"(…)É uma preocupação, não é? Porque tu começas a pensar também como mulher. É uma preocupação. A visão que ele teria em relação a mim. E posso-te dizer que não notei nunca, nunca da parte dele, nem quando estava nos tratamentos, nem antes dos tratamentos, nem no fim de todo (…)" EF1 "(…)Eu perdi a mama, não é? Pronto, a nível físico, não é? E esvaziei a axila. Mas, mais nada (…)" EF4 "(…)Obviamente que não gosto de me ver com estes quilos a mais, careca. Não é aquela imagem que eu gosto de ter de mim. Mas é temporário (…)" EF7
	Contexto Laboral	"(...)eu deixei de trabalhar e perguntavam-me o que é que é a enfermeira, está doente, não é?" (..) EF1 "(…)perdi de trabalho, porque estou de baixo. Então, se isto era impossível (…)" EF3 "(…) Metade das coisas que eu fazia, deixei de fazer. Mas voltei a trabalhar. Porque eu não vou... Primeiro, em termos económicos, a baixa é uma piada. É surreal (…)" E7
	Liberdade	"(…)perdi a liberdade (…)" EF3 "(…)um bocado isso, uma certa liberdade para fazer outras coisas. Um bocadinho que é a questão que ela está (…)" EF7
	Convivência social	"(…)convivência social (…)" EF3 "(…)Não podemos fazer férias (…)" EF7
	Sexualidade conjugal	"(…)Perdemos, pelo menos até ao momento, a nossa sexualidade, completamente (…)Ainda que durmamos no mesmo quarto, agora durmo numa cama articulada para me poder mexer mais à vontade, e por causa do medo que me toque na ferida. Ainda estou muito sensível, e para levantar e deitar, logo a seguir à operação era um sacrifício. E depois, com esta fase de cariquinha e tudo isto(…)"EF3
	Ausência de impacto na intimidade conjugal	"(…) A visão que ele teria em relação a mim. E posso-te dizer que não notei nunca, nunca da parte dele, nem quando estava nos tratamentos, nem antes dos tratamentos, nem no fim de todo. Nenhum tipo de distanciamento (…)" EF1 "(…) Agora, receio de que ele me rejeitasse… Não, eu não me senti assim (…") EF2 "(…) Acho que é tudo uma questão de adaptação, não é uma fase transitória como ela disse. Depois vai recuperar a forma dela. Estou consciente que é uma fase transitória (…)" EF7
	Autoestima	"(…) Perdi a autoestima, porque enquanto não tiver a reconstrução mamária, não é possível dizer que se mantém a autoestima que tinha antes (…") EF3

	Atividade física	(…) eu deixei de caminhar praticamente, a tipo de caminhada que fazíamos, subir serras e fazer ecotrajetos na natureza, trilhos, não tenho capacidade física para isso, o meu caminhar é passear e muito tempo (…) As práticas de yoga que eu gosto e que eu vinha tentando implementar, ainda não retomei. Pela condição física. Exato. Não me sinto capaz (…) F3 (…) Há coisas que deixámos de fazer porque, por exemplo, ao domingo de manhã, era uma coisa que eu fazia com o meu filho. De ir correr e ele andar de bicicleta (…) EF7
Perdas do cônjuge da pessoa com cancro de mama	Bem-estar emocional	(…) Obviamente houve uma tensão inicial, até perceber que as coisas iam correr bem (…) F4

ÁREA TEMÁTICA 2: SENTIMENTOS E EMOÇÕES EXPERIENCIADOS NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO FAMILIAR PERANTE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Esperança		"(…)a gente encarou as coisas bem, positivamente (…)" EF1 "(…)Existe a esperança que não volte. Não é? Com a noç ão de que é uma doença que tem cura relativa. Nós sabemos isso. Há pessoas que ao fim de cinco anos, dez anos reaparecem ao mesmo sítio. Ou num outro sítio qualquer. E pronto. Não penso nisso. Não. Acho que não vale a pena viver (…)" EF4
Medo		"(…)No primeiro momento, quando o notei, quando fui, quando me disseram que era preciso biopsar e quando depois me disseram que tinha que esperar três semanas para saber realmente o que enfrentávamos. Claro que tive medo de que é o que havia aí, do desconhecido. Medo do desconhecido (…)" EF2 "(…)um medo de morte. Depois disso, o medo da dor. Recordo. O medo de o que é que eu vou ter que passar em termos de dor física. Porque também temos a dor emocional. Não é? Mas tive muito receio da dor física (…)" EF3 "(…)Porque há sempre o medo... Não é? Muitas vezes ao diagnóstico de cancro está associado o medo de morte, não é? O medo de morte, o medo de sofrer pelos tratamentos... (…)" EF5
Tristeza do cônjuge		"(…)momento mais triste. Sim. No momento, por exemplo, do internamento dela. Ou assim, olha, pegar o telefone, olha, conversar um bocadinho (…)" EF2
Coragem do cônjuge		"(…)Positivismo, coragem... Está no início e tem um fim. Vai ter um fim. (ela) Ou se calhar já teve esse fim até. Pois. Se calhar já teve. Estamos a pensar que já teve (…)" EF3

ÁREA TEMÁTICA 3: REAÇÕES FACE AO DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA DA MULHER E DO CÔNJUGUE

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Desespero		" (…)Aliás, quando eu vi o relatório, estávamos numa consulta que eu abri e vi o relatório, disse-lhe a ele, olha, estou perdida (…)" EF1
Medo		" (…)É assim, o medo tu tens sempre (…) a minha cabeça, sim, tinha medos e lembrava-me de pessoas que realmente eu tratei e que os vi sofrerem muito, muito, muito, mas nunca falei isso com eles, porque só lhe iria causar sofrimento a eles (…)"; "(…) A visão que ele teria em relação a mim. E posso-te dizer que não notei nunca, nunca da parte dele, nem quando estava nos tratamentos, nem antes dos tratamentos, nem no fim de todo (…)" EF1 "(…) Claro que tive medo de que é o que havia aí, do desconhecido. Medo do desconhecido… De até onde vai isto (…)" EF2 "(…) maior dificuldade é o medo, essencialmente. O medo inicial, que seja uma situação demasiado grave, que possa não ter solução. Em última instância, um medo de morte. Depois disso, o medo da dor. Recordo. O medo de o que é que eu vou ter que passar em termos de dor física. Porque também temos a dor emocional (…)" EF3
Pensamento de morte		"(…) Em última instância, um medo de morte (…)" EF2
Otimismo		"(…) O medo tu tens sempre, mas temos de ser positivos! (…)" EF1 "(…) E vou pensar que vai correr tudo pela positiva. Porque o detetámos cedo (…) Porque me tenho mantido sempre muito positiva, sempre com um mindset muito... focado em boas energias (…) Portanto, é uma doença como qualquer outra que... Positivismo, coragem! (…)" EF3 "(…) Mas com toda a positividade que quer a minha irmã, quer o meu cunhado sempre tiveram perante este tipo de bicho mau, que toda a gente lhe chama, seria muito estranho ela estar muito negativa (…)" EF4
Tristeza		"(…) então me mandaram uma mensagem assim. Diz que está passado, R. está muito triste (…). O R. até estava num momento mais triste (…)" EF2
Ocultação do diagnóstico		"(…) Só o J. que foi a única pessoa com quem eu partilhei durante os primeiros meses. Só quando eu já soube exatamente tudo o que ia acontecer em termos de tratamento, cirurgia, data marcada da cirurgia (…). Só em fim de maio é que eu disse aos meus filhos. Contei aos dois. E aos amigos poucos, mas alguns uns dias antes da cirurgia. E fiquei-me por aí. E alguns familiares mais próximos também antes da cirurgia. E fiquei-me por aí. E só no fim de outubro, quando se celebrou o Dia Mundial de Cancro de Mama, é que eu abri para o mundo. Foi nessa altura que senti que se calhar a minha situação pode ser um alerta para alguém. E se servir para ajudar uma pessoa já valeu a pena. E pronto, nessa altura abri para o mundo. Mas foi um processo por etapas e gradual (…)" EF3
Enfrentamento		"(…) Acho que a gente adapta-se logo à situação e que procura logo ver como é que se pode resolver (…)" EF2

ÁREA TEMÁTICA 4: PERCEÇÃO DAS REPERCUSSÕES DOS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS SOBRE A IMAGEM CORPORAL DA MULHER

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Alopécia		"(…) a altura de me cair o cabelo e aquelas coisas todas, tu vais na rua e toda a gente olha para ti. Não é intencional, mas é normal (…)" EF1 "(…) Perdeste o cabelo? (ela) Tento compensar, mas sim (...)" EF3 "(…) é diferente conviver com... a queda de cabelo... É um choque! (…)" EF6 "(…) Obviamente que não gosto de me ver com estes quilos a mais, careca (…)" EF7
Mastectomia		"(…) Eu tinha muito medo de... De perder o peito (…)"; EF1 "(…) Perdi a autoestima, porque enquanto não tiver a reconstrução mamária, não é possível dizer que se mantém a autoestima que tinha antes (...)" EF3
Aumento de peso		"(…) Eu engordei imenso. Não é aquela imagem que eu gosto de ter de mim. Mas é temporário (...)" EF7

ÁREA TEMÁTICA 5: PESSOA COM CANCRO DE MAMA E IMPLICAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Aumento da coesão familiar		"(…)a nível familiar, acho que nos tornou mais coesos, não é? Porque nós acabámos por vivenciar a doença os três sozinhos. Foi uma altura que tu estavas ali, percebes (…)" EF1
Afastamento	emocional	"(…) tem uma maneira de ser um bocado complicada, porque ela não demonstra qualquer tipo de emoção, nem de medo, nem de... não gosta, ela fecha-se muito (…)" EF1
	comunicacional	"(…) Os meus pais, é um bocado problemático, evitavam falar, não é evitava... Eles sabiam do que se estava a passar (…)" EF1
	social	"(…)Na altura de me cair o cabelo e aquelas coisas todas, tu vais na rua e toda a gente olha para ti. Não é intencional, mas é normal. Eu entendo que isso que é normal, porque até se eu não sair, não é? Eu digo, oh, eu não sabia. E ali não, eu nesse aspeto fui um bocado privilegiada, percebes? Porque eu essa fase, passei aí entre a casa e o IPO e a casa e o IPO) (…)" EF1 "(…) Para nós, houveram várias situações e foi assim, pronto, porque eu... Somos umas pessoas conhecidas e eu não queria também, e como lhe disse ao R., que isto se desbordasse e que toda a gente viesse a mim... Ah, que tal? Queria um bocado de sossego e de... Pronto, de... Pois se calhar de gerir e organizar entre nós, mais pequenas, não tão alargadas entre amigos e familiares (…)" EF2
Transferência de tarefas domésticas		"(…) Agora a cozinho não cozinhava, ganhei essa capacidade de cozinhar (…)" EF3

		"(…) Começou a fazer muitas mais coisas. A nível dos...Mesmo em casa e em relação aos miúdos. Porque, pelo menos uma das coisas que me acontece que... pronto, tive que pedir ajuda (…) tive que aprender a delegar e a pedir ajuda, essencialmente, a fazer as coisas (…)" EF7
Aumento de idas ao hospital		"(…) de repente começou a haver idas ao hospital, que se não houvesse cancro, não eram precisas. A medicação altera a rotina... Na festa de anos da mãe houve aquela intercorrência, que tiveram então de ir para lá... Essas coisas todas geram crise no sentido de temos que nos mexer para ultrapassar. Não é tudo linear, tudo calmo. Isto abana a família. E até ficamos a ver a vida de outra maneira (…)" EF6
Gestão da informação transmitida		"(…) Fomos acomodando a informação. E fomos dando consoante vinham as boas notícias. A parte boa, porque no meio disto tudo quando uma pessoa recebe, tem que filtrar, e então no caso da C., como o processo foi desenvolvendo pelo melhor caminho possível... Não há um bom caminho, mas há um caminho melhor, e como ela foi pelo bom caminho, fomos dando as notícias conforme as coisas boas iam correndo. A cirurgia correu bem, os exames posteriores também levaram a dizer que aquilo, no meio disto tudo, não era dos piores. E está a correr bem na parte hormonal, E vai continuar a correr! (…)" F6

ÁREA TEMÁTICA 6: NECESSIDADES DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PERANTE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Acompanhamento do enfermeiro de família		"(…) enquanto familiar, eu gostava que, a partir do momento que ele soubesse que nós estávamos a passar por uma situação desta, nós gostávamos que ele fosse lá a casa para ter connosco, para nos dar o tal suporte emocional, que não tinha que ser uma visita domiciliária, podia ser um telefonema, olha, eu sei que está a fazer um tratamento, como é que está a correr, como é que não está, precisa de mim, telefono daqui a X tempo para ver como é que estão a correr outra vez as coisas. Consideram que isso fosse uma mais-valia? (…)" EF1
Apoio de pessoas significativas		"(…)aqueles que sim precisamos que estejam. E vamos tentar pronto...Utilizar essas... Sim, essas forças, essas soluções (…)" EF2 "(…)O apoio da família, da minha irmã, da minha enteada, do meu marido também foi muito importante, enquanto ele esteve vivo, bem evidente, não é? E nas condições em que ele estava, e deu-me todo o apoio, e foi-me ver quando eu fui operada, com sacrifício, realmente... A minha irmã veio para aqui três semanas, esteve teletrabalho três semanas, para dar apoio cá em casa, porque a B. tem uma vida muito ocupada, porque estava no hospital, não é? E estava a ter a I.?(…)" EF4 "(…) O meu pai. O pai. A A., que é a minha sócia e a amiga, a E., que também é amiga, são assim, e depois tem-se... Às vezes há pessoas que não estão, mas a ajuda não tem de ser física, não é? Há sempre aquelas pessoas que todos os dias estão lá e estás bem (…)" EF7
Estabelecer uma comunicação franca		"(…)Eu acho que é uma questão de fazer sempre uma comunicação mais aberta (…)" EF2

Desenvolver atividade física		"(...) É preciso melhorar os hábitos de educação física, que é de facto o meu ponto mais fraco (…)" EF3
Evitar falar da doença		"(…)Acho que é exatamente isso que uma pessoa tem receio quando somos abordados…Seja por qualquer profissional É de remexer na ferida Às vezes nós precisamos, no meu caso, às vezes preciso que me deixem quietinho ali, de arrumar essa experiência traumática na gaveta. Não é arrumá-la na gaveta, que ela vai estar sempre a viver comigo, ela não foge! Está é arrumada, faz parte de mim, só que quando se anda sempre lá a mexer faz saltar o... pode magoar! Faz-se disparar… no meu caso… (…)"F6

ÁREA TEMÁTICA 7: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PERANTE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Gerir emoções de terceiros		"(…)Eu acho que para mim o mais difícil e o que me custou mais foi ter que dizer aos meus pais, porque sabia que a partir dali que ia ser...Coitadinha e porque isto não vai correr bem e porque daqui a pouco... Porque a minha mãe é muito negativa, não é? E foi o que me custou mais. Era gerir as emoções de terceiros (…)" EF1
Comunicar a má noticia	pais	"(…)Para mim foi dizer só a minha mãe. Porque como ela já havia tido... Eu imaginava o sofrimento dela... Pronto, fazer uma coisa genética. E de fato assim foi. Ela pegou e pronto, começou a chorar e disse, é culpa minha e tal. Não é culpa tua. Mas para mim foi o momento. Estávamos os três só. Também queria fazer isso a três. E foi mesmo. Eles não sabiam nada (...)Para mim foi assim um momento difícil. Porque sabia o que ela ia pensar, o que ia fazer. E pronto, de fato foi assim (…)" EF2.
	filhos	"(…)Então, eu disse-lhes, vai acontecer uma coisa, que é que o dia 28 vou ser operada. Tenho aqui um problema. Nunca lhes expliquei que era um câncer, nem que era oncológico, nem nada assim. Tenho um problema aqui. E vou resolver. Pronto, tenho que ser operada (…)" EF2 "(…)Os meus filhos. Ter que lhes dizer estas coisas e ainda por cima eles parecem de propósito andaram agarrados às minhas mamas o tempo todo no verão. Parecia de propósito. Foi uma tortura ter que... Mas expliquei, principalmente ao mais velho (…)" EF7
Medo		"(…)A maior dificuldade é o medo, essencialmente. O medo inicial, que seja uma situação demasiado grave, que possa não ter solução (…)" EF3
Pedir ajuda		"(…) Pois se calhar de gerir e organizar entre nós, mais pequenas, não tão alargadas entre amigos e familiares. Queria um bocado de sossego e de... que isto se desbordasse e que toda a gente viesse a mim (…)" EF2 "(…)Para mim é, porque sempre fiz tudo. Pedir ajuda e não conseguir fazer três ou quatro coisas ao mesmo tempo e com a velocidade que eu fazia. É muito difícil. Mas também não posso fazer nada (…)" EF7

ÁREA TEMÁTICA 8: ESTRATÉGIAS MOBILIZADAS PELA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PERANTE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Recurso a profissionais de saúde		"(…)quando tinha dúvidas, talvez com a J., com a colega do IPO (…)" EF1
Recorrer a experiências já vividas		"(…)O facto de tu saberes o que pode vir dali já te transtorna. Mas depois, por outro lado, tu pensas em casos que tu já trataste... Portanto, pode ser tranquilizador como... Tem as duas... Como potenciador de stress. Para mim, como profissional, acho que me ajudou nesse aspeto. Percebes?(…) Porque pelas pessoas que eu tive que passaram por cancro de mama, e eu lembro-me de algumas e casos muito, muito, muito feios, mas que me vinham muito à cabeça, e que nos meus momentos eu dizia, se ela aguenta, eu também vou ter que aguentar, embora pelo menos duas delas faleceram, isso também me ajudou para ser forte (…)" EF1 "(…)Se calhar isso também me ajudou depois no meu processo. Porque foi de passar 8 anos. Já não ser desconhecido. Portanto, os procedimentos para mim já não foram novidade. Ter que fazer TACs. Ter que fazer ressonâncias. Ter que fazer PET. Ter que fazer não sei o que. Os próprios tratamentos. Mais a rádio. (…) Eu já estava muito por dentro dos procedimentos e do processo. Aquilo tudo. Claro que uma coisa é ser com os outros (…) Apesar de ser o meu marido. Outra coisa é nós. Nós é que sentimos fisicamente as coisas, não é? Mas acho que isso me ajudou muito a eu estar familiarizada com o "tens de fazer isto, tens de fazer aquilo" (…)" EF4 "(…)No meio disto tudo? Hum hum Eu tenho que viver tudo de novo. Repetir. É um déjà vu assim um bocado complicado. É diferente. Vivemos. Vivenciamos. Eu vivenciei de maneira diferente porque agora fico mais próximo. Quando foi a minha irmã mais velha, ela tinha o marido dela. E era ele que acompanhava mais de perto o processo. Agora com o caso da C. sou eu que estou ali, tipo "satélite". E claro, é um bocado mais complicado. É muita informação (…)" EF6
Aceitação		"(…) Quando eu estava, quando fazia a quimio, que era o pior, depois passaram dois ou três dias. Pronto. Era...Era aceitar. Já sabiam o que é que se estava a passar. Não podiam fazer muito mais também, não é? (…)" EF1 "(…) Sabe que eu aceitei a doença muito bem. Mesmo. Aliás, como é que eu ia te explicar? Eu tenho uma postura perante estas coisas que é um bocadinho diferente da maioria das pessoas, não sei (…) É para ser assim, é para aceitar, é para tratar (…)" EF2 "(…) Aceitei. Se calhar o facto do meu marido estar com um cancro no pulmão há 9 anos (…)" EF4 "(…) nós aceitarmos que as coisas acontecem e vamos mais para a frente, sem a revolta, sem a raiva (...)" EF6

Estabelecimento de comunicação intrafamiliar		"(…)A comunicação era uma das estratégias utilizadas (..) Não tens que falar. Até porque é assim. Para mim não era tão desconhecido aquilo que eu iria sentir ou como eu iria ficar ou assim. Mas para eles é uma situação nova, não é? Mas é como te digo, mesmo com a miúda, eu não notei que...E até nem com as pessoas que iam lá a casa, nem com os teus primos e com a E. e com o F. Não notei que, por exemplo, ao olharem para mim, percebes? Ficassem retraídos ou tipo, coitada, e daqui. Não. Eu acho que a coisa que foi o normal... (marido) Eu acho que toda a gente era assim, está tudo bem, está tudo na boa, está tudo normal, não é? (...)" EF1
Preservar forças interiores		"(…)Vamos saber quais são as nossas forças para resolver o problema (…)" EF2
Gestão das emoções		"(…)gerir a tristeza, deixá-la entrar e fluir (…)" EF2
Evitamento		"(…)20 km por dia. Hoje já foram 30, mas em média 20 km. Muito bem. Vou para a escola a pé, venho da escola a pé. Eu acho que também é uma maneira de ele escapar um bocado (…)um género de um escape. Talvez. Um escape. Para uma eventual dor que possa estar aí, assim, intimamente, a moer um bocadinho (…)" EF3
Recurso a grupos de partilha de experiências		"(…) é uma mais-valia, não é? Porque trocamos de experiências e coisas. E vivências e pensamentos e muita coisa. Isto é… De um género de suporte emocional (…)" EF1 (…)Eu faço parte de um grupinho do WhatsApp de senhoras que estão a atravessar para um processo similar. Cada uma com as suas especificidades porque é tudo diferente, não é? (…) F3
Recurso a trabalhos manuais		"(…) E depois, por exemplo, ela também se entretém muito com o crochê (…)" EF1 "(...)tenho um hobby que me ajuda muito que é gostar de fazer crochê. Porque me ocupa e me distrai. Eu passo muitas horas sozinha em casa porque eu já quem está a dar aulas. E os filhos estão fora. Portanto, eu fico aqui muitas horas sozinha. E de facto ter um projeto de crochê de manualidades ajuda-me a passar o tempo (…)" EF3
Recurso à espiritualidade		"(…)Uma espiritualidade mais moderna, não é para palavra certa, mas pronto, é uma forma de a explicar. E de facto, tem sido algo que me tem ajudado muito. A meditação, o procurar viver o dia presente, um bocadinho de mindfullness, que eu também já vinha tentando aplicar no meu dia a dia, mesmo quando estava a trabalhar (…) EF3 "(…)Quando estamos num momento muito desafiante da vida, até quem não acredita, muitas vezes passa a agarrar-se. Pode não se agarrar a Deus, mas agarra-se a alguém que esteja lá (…)" EF5
Recurso à fé		"(…)eu tenho uma fé quase inabalável. O meu marido era agnóstico. Mas o efeito era o mesmo para os dois, porque ele reagia da mesma maneira que eu reajo. No meu caso, a minha fé... Eu não posso considerar-me católica porque eu não vou à igreja, por exemplo. Fui quando era miúda. Acho que sou mais cristã do que católica, mas tenho uma fé quase inabalável (…) EF4 "(…) Ah, isso rezo. Ah, pego-me aos santinhos. Para não sofrer, para a vida correr bem. À minha família, aos meus filhos, aos netos. E Ajuda! (…)" EF5

		"(…)Apesar de que eu pratico a religião católica, mas... há algo sem definir a quem, mas há algo superior...Sim, sim (…)Peço todos os dias ao Senhor por mim e por eles todos. A fé ajuda muito! Ajuda a andar para a frente. A mim ajuda, é uma maneira de andar para a frente, de não perder a esperança. Dou graças a Deus, muitas Graças a Deus (…)" EF6
Introspeção		"(…)momento de reflexão, de paragem e de crescimento para mim (…)" EF2 "(…) mas tento sempre depois "introspetar", analisar e procurar o lado positivo, ou pelo menos ter um pensamento positivo (…)" EF4
Resiliência		"(…)Eu acho que são... É a resiliência... A resiliência... E a positividade. E a positividade. O contacto com pessoas, não é? conheço por... Estou cá há 14 anos e conheço duas ou três pessoas, ou, pronto, mais chegadas, não é? (…)" EF4 "(…)Capacidade de ultrapassar as situações. Acho que foi acomodando a informação... Eu digo porque a resiliência, o nós aceitarmos que as coisas acontecem e vamos mais para a frente Sem a revolta, sem a raiva (...)" EF6
Recurso a ajuda de amigos e familiares		"(…) E depois que abri para os amigos, realmente percebi o quanto foi importante. E o quanto me ajuda neste processo. Não são muitos, são pouquinhos, mas não é preciso muitos. Mas sim, sentir o apoio, sentir o carinho. Às vezes basta um telefonema, uma mensagem, mas tudo isso ajuda (...)" EF3 "(…)Às vezes uma amiga aqui vizinha que vai ajudar por causa de eu levar na cadeira de rodas. E vai-me ajudar (...)" EF5 "(...)tenho um círculo de amizades espetacular, e família também, obviamente. O meu pai. O pai. A A., que é a minha sócia e a amiga, a E., que também é amiga, são assim, e depois tem-se... Às vezes há pessoas que não estão, mas a ajuda não tem de ser física, não é? Há sempre aquelas pessoas que todos os dias estão lá e estás bem. Para mim, estão sempre lá. Mostram preocupação e isso ajuda (…)" EF7
Manter o bom humor		(…) Paciência e bom humor. Para mim é. Pronto. Tudo. Às vezes chega a ser um humor negro, mas... Aquele grupo ali ajuda-me a brincar e eu também não posso fazer de outra forma. Se não, posso estar a lamentar-me o tempo todo ou já está. Então, o que é que eu vou fazer? (...)" EF7

ÁREA TEMÁTICA 9- AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE VIDA DA FAMÍLIA PERANTE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Consciencialização da importância dos eventos de vida		" (…) Para mim foi um momento também de crescimento. Mas é verdade que também foi um momento de reflexão, de paragem e de crescimento para mim E naturalmente que reformulam-se algumas ideias e pronto. E naturalmente que reformulam-se algumas ideias e pronto (…)" EF2

		"(…) é aproveitar ao máximo os bons momentos, felizmente são muitos. Felizmente o nosso cérebro tem a capacidade também de pôr para trás os maus e ficarem os bons em tudo na vida, não é? É. E acho que a gente tem que tirar o melhor partido (…)" EF4 "(…)Acho que é tentar fazer a vida o mais normal possível. Não alterar muito dentro do possível. As rotinas. Continuar a viver. Porque se abandonamos a rotina, realmente há ali a um corte. Nós festejamos na mesmo Natal. Como sempre! Ela foi aos sogros dela, mas a passagem de ano é na nossa casa com eles. Os aniversários também se celebraram. Sempre!" EF5 "(…) O Natal (…) um ritual em família. E este ano até eu exigi que fosse a minha casa. E foi-se à minha casa. Foi-se à minha maneira. Dei-me esse luxo e disse, não, este ano é sobre mim, lamento, nunca fiz isto. E a família toda percebeu, não tinha outro remédio e já estava (…)" EF7
Alteração na vida doméstica		"(…) Agora a cozinha não cozinhava, ganhei essa capacidade de cozinhar, não tinha (...)" EF3 "(…) Começou a fazer muitas mais coisas. A nível dos...Mesmo em casa e em relação aos miúdos (…)" EF7
Fortalecer as relações humanas		"(…) De resto, a nível familiar, acho que nos tornou mais coesos (…)" EF1 "(…) o tempo que cá de andar, que seja vivido com qualidade e a desfrutar da irmã, da enteada, das netas, do genro (…)" EF4
Valorização da saúde		"(…) mas no meu caso acho que é mais para tentar debelar coisas que me afetavam em termos de saúde, não é? Nomeadamente, colesterol e o que é que era mais? Ácido úrico. Ácido úrico. A glicose. Até a tensão, que cheguei a ter elevada. Comprei um aparelhinho de tensão, que nunca tinha medido quase, praticamente não media a tensão, não é? E comecei a ter outros cuidados. E estou a caminhar mais, porque ela caminha mais devagarinho, se fosse caminhar com ela (…)" EF3
Inexistência de alterações na vida		"(…)Aliás, a minha irmã sabe que o meu câncer não é uma doença. Não é um riacho. Toda a gente acha muito estranho. Eu saí do hospital de ter feito a operação. E no dia a seguir fui lá baixo tomar café. E ia morrer toda a gente do café. Quando me viram, parecia que tinham visto um fantasma (…)" EF4 "(…) Derivado à idade, não houve muita mudança. Porque ela já não saía de casa, por causa da idade já não... Já não trabalhava muito (…)" EF5
Dificuldade na concretização de planos		"(…) Há coisas que deixamos de fazer porque, por exemplo, ao domingo de manhã, era uma coisa que eu fazia com o meu filho. De ir correr e ele andar de bicicleta. Ele não podia ir correr, ele andava de bicicleta comigo e, pronto, além disso, eu treinava a equipa onde ele está. Tenho saudades disso (…) Não podemos fazer férias (…)" EF7

ÁREA TEMÁTICA 10- EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA ACERCA DOS CUIDADOS DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PERANTE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Ausência de expectativas		"(…) Eu nunca ouvi falar em enfermeiro de família (…) Não tínhamos nenhuma expectativa (…)" EF3 "(…) Eu honestamente, acho que o acompanhamento está a ser, tem sido tão bem acompanhada, não sentimos falta do enfermeiro de família (…)" EF6
Estar presente		"(…) Ouvirem. Saberem ouvir os doentes. E terem alguma paciência para a família. Porque também a família é muito complicada (…)" EF4 "(…) Eu gostava dela, mas vejo-a tão poucas vezes. Pois gostava que me viesse mais vezes. Animava-me, dizia esta melhor, outra pior (…) Gostava que ela me viesse ver de vez em quando, mas vem pouco. Vem pouco. Decerto terá muito trabalho (...)" EF5 "(…) Que esteja lá quando for preciso, se houver alguma emergência, alguma coisa, porque de resto… Sabe bem saber que ele está a acompanhar de perto, saber que tem ali alguém (…)"; " (…)É o quê? É mostrar a disponibilidade (…)" EF7
Informar na gestão de sintomas		"(…)Em relação à sintomatologia que aparecesse, algum tipo de solução? Sim, sim. Ou algum tipo de alívio desses sintomas? Sim, quando tive aquele problema nos pés. Ok.E quando tive a mucosite também, que até foram as colegas do IPO e mandam para a V. e depois V. mandaram para o CC (…)" EF1. "(…)gestão sintomática parece que também seja do âmbito do enfermeiro, da família. Claro. Porque, assim, cada um de nós temos as nossas necessidades, mas é uma figura que faz a diferença. Sim. Na equipa da família, eu acho que faz a diferença. Está presente, sim (…)" EF2.
Apoio no esclarecimento de dúvidas		"(…)Há sempre alguns receios de ter a certeza de se estou a fazer bem ou não. Claro. Porque são receios que eu acho que são naturais. Para quem não é da profissão, não é? Claro. Mas puseram à vontade, explicaram. Se tiver dúvidas eu volto a explicar. Tudo. (ela) Isto para a parte prática do tratamento propriamente dito. Sim. E a nível de... E depois a enfermeira que acompanhou o processo com a médica cá em baixo. Cá em baixo. Pronto. No hospital. A explicar a outra parte. Os movimentos que tinha que fazer. E os cuidados. Os cuidados. A mim com a presença da minha irmã também. Para ela também saber (...") EF4
Maior disponibilidade para as visitas domiciliárias		"(...)Eu gostava dela, mas vejo-a tão poucas vezes. Pois gostava que me viesse mais vezes. Animava-me, dizia está melhor, outra pior (…) A enfermeira esteve cá aqui atrasado, veio-lhe dar a vacina. Só que pronto, tal e coisa é "pique, pique e embora"! Não há um medir de tensão, não há nada. Se calhar, também um bocadinho mais de atenção...Não era? (...)" EF5

ÁREA TEMÁTICA 11 - PROPOSTAS DE MELHORIA VERBALIZADAS PELA FAMILIA RELATIVAMENTE AOS CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PERANTE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO DE MAMA

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Apostar no suporte emocional		"(…) O suporte emocional sem dúvida que é muito importante (…)" EF1 "(…)Mas se faria sentido que isso também se englobasse um bocadinho dentro da equipa de família. Que é muito importante. E não digo que, mas se calhar, há pequenas coisas que se poderiam mesmo resolver, com a enfermeira de família ou com aequipa de família (…)" EF2 "(…) A preocupação de um enfermeiro de família. Não tendo muita experiência no contacto com a com a figura em si. Acho que um papel importante. Tal como a minha irmã já disse. É a preocupação com o doente. Com o bem-estar do doente. A parte humana. Não é? O falarem com o familiar, no sentido de tranquilizar. E de desmistificar pontos menos positivos (…)" EF6
Referenciar para grupos de apoio		"(…)podem referenciar para grupos. Por exemplo, eu sabia que a C. aqui tinha criado há anos um grupo, nem sei se isso continua ou se não continua. Mas sei que sim, que ela que foi uma inovadora nesse aspeto aqui em C., não é? (…)" EF1
Consulta telefónica		"(…) consulta telefónica imaginemos que ela até nem sequer era profissional de saúde, ok. Seria importante ter esse contacto, esse... Tipo, algumas dúvidas que possam surgir à família e seria um elo de... De ligação entre, por exemplo, o hospital... Entre o hospital ou... e as pessoas, sim, de casa (…)" EF2
Acompanhamento holístico		"(…)Não há um acompanhamento holístico. Não se vê a pessoa como um todo. Temos que ver o que é que vai acontecer agora em termos de nutrição. Temos que ver o que é que vai acontecer em termos de exercício. Temos que ver o que vai acontecer em termos psicológicos, se for por caso. Porque, para que eu diga que sejam as pessoas que precisam, e se calhar eu também não tenho consciência disso, isso não. Não aconteceu (…)" EF3
Humanizar os cuidados		"(…) as pessoas ou estão mais sozinhas ou têm familiares pouco, mas isto é em todos os níveis, não é só nos menos informados. Se calhar é importante o enfermeiro tentar perceber o doente que tem à frente, tentar perceber que tipo de família é e tentar dar uma ajudinha. Também é difícil, porque também não têm tanta disponibilidade quanto isso, não é? Não. Mas sempre que puderem ver o lado humano da coisa também, não é? A grande maioria eu acho que ainda não está aí ou por falta de disponibilidade ou… Mas estou a falar de cor, claro (…)"; "(…) É a preocupação com o doente. Com o bem-estar do doente. A parte humana. Não é? O falarem com o familiar. Num sentido de tranquilizar. E de desmistificar pontos menos positivos. Transformá-los. Ou transmití-los como. Passos normais (…)" EF4 "(…) É a preocupação com o doente. Com o bem-estar do doente. A parte humana. Não é? O falarem com o familiar, no sentido de tranquilizar (…)" EF6
Maior acompanhamento domiciliário		

		(...) era uma visita, talvez, não vou dizer um mês, durante um mês, vamos ver este caso da S.... Logo na fase, assim, como ela foi este ano, logo... Porque nós, ela, que eu não vejo, nem sei, mas ela via, dizia assim, olha, isto está melhor ou está pior, isto está-se a agravar, eu acho que dava, pronto, uma certa confiança, neste caso, à minha esposa e a ela, não é? Porque eu estou todo dia fora, não é? (…)" EF5 "(…) Às tantas a ligar de vez em quando e perguntar se está tudo bem, é preciso, precisas de alguma coisa. Quase como ser um bocado da parte de... rede de apoio…obviamente que não deve ser fácil com... Mas talvez isso, não é? Ou até ligar a quem está ao lado, precisas de alguma coisa, estás a cuidar de ti (referente ao marido no papel de cuidador) porque eu não tenho disponibilidade para estar a perguntar e os miúdos é preciso alguma coisa, sei lá, não sei, mais neste sentido (…)" EF7

APÊNDICE 6 – AVALIAÇÃO FAMILIAR: OPERACIONALIZAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

AVALIAÇÃO FAMILIAR - OPERACIONALIZAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Katia Da Costa

fevereiro, 2024

Escola Superior de Saúde

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária
na área de Enfermagem de Saúde Familiar
Ano letivo 2023/2024

AVALIAÇÃO FAMILIAR
- OPERACIONALIZAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Discente:
Katia Da Costa, nº 846

Docente:
Professora Doutora Manuela Cerqueira

Viana do Castelo, 27 de fevereiro de 2024

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação da Família

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SUMÁRIO

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS II
SUMÁRIO III
ÍNDICE DE FIGURAS IV
NOTA INTRODUTÓRIA 1
1 - MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA VS MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR 2
1.1 - Dimensão estrutural 2
1.2 - Dimensão desenvolvimental 8
1.3 - Dimensão funcional 9
2 - OUTROS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DISPONÍVEIS NO PROGRAMA SCLINICO® 13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 19
ANEXOS 30
Anexo 1- Escala de Readaptação social de Holmes e Rahe 20
Anexo 2- Escala de FACES II 22

ÍNDICE DE FIGURAS

Páginas

Figura 1 - Registo de tipo de família 3
Figura 2 - Registo de ciclo vital familiar de Duvall 4
Figura 3 – Exemplificação de genograma 5
Figura 4 – Exemplificação de ecomapa 6
Figura 5 - Anamnese familiar 6
Figura 6 - Registo do Índice de Graffar 7
Figura 7 - Condições edifício residencial 8
Figura 8 - APGAR familiar de Smilkstein 10
Figura 9 - Diagnósticos de Enfermagem 11
Figura 10- Escala de risco familiar de Garcia-Gonzalez 12
Figura 11- Escala de risco familiar de Segovia-Dreyer 12
Figura 12 - Escala de risco familiar associado ao programa de Saúde Infantil 13
Figura 13 - Motivo da Sinalização 13
Figura 14 - Fatores de Risco 14
Figura 15 - Fatores de Proteção 14
Figura 16a - Sinais de alerta em criança dos 0 aos 5 anos 14
Figura 16b - Sinais de alerta em criança a partir dos 5 anos 15
Figura 17 - Indicadores, sinais e sintomas 15
Figura 18 - Tipo de Risco/Mau trato Identificado 15
Figura 19 – Tipo de Acompanhamento da Criança/Jovem/Família 16

NOTA INTRODUTÓRIA

Entende-se família como um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de um modo sistemático e sistematizado, interações que lhe permitem ter autonomia e individualidade de grupo. Apresentam diferentes composições, património cultural, hierarquias, regras, interagindo entre eles e com os sistemas envolventes, ao longo de todo o seu ciclo vital (Relvas, 1996).

Conforme o Decreto-Lei 118/2014, o enfermeiro de família é profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias enquanto unidade de cuidados, ao longo das várias fases do ciclo vital e nos contextos da comunidade.

Os instrumentos de avaliação familiar perspetivam-se numa abordagem sistémica, tem como finalidade compreender a família, identificar eventuais necessidades da e com família, e ainda possibilitar a formulação de hipóteses para direcionamento da intervenção familiar.

Face ao diagnóstico de necessidades formativas na Unidade de Saúde Familiar onde decorre o presente estágio apurado junto da equipa de Enfermagem, determinou-se a necessidade de elaborar um portfólio com instrumentos de avaliação familiar, bem como a exemplificação do seu registo no sistema informático SClínico®.

Estes instrumentos serão balizados pelo referencial teórico do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), operacionalizados através do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012).

Esta atividade de índole formativa, decorre no âmbito da Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional, inserida no Mestrado de Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, sendo posteriormente apresentada em reunião de serviço.

1 - MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA VS MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O MCAF foi criado em 1984, e tem vindo a ser aprimorado com anos por Wright e Leahey. É uma estrutura multidimensional, integrada, e baseada em diversos fundamentos teóricos, que possibilitam a avaliação familiar (Nené et al., 2023).

Permite avaliar a família numa perspetiva sistémica e sistemática, considerando 3 dimensões essenciais: estrutura, desenvolvimento e funcionalidade.

Este modelo é reconhecimento mundialmente, nomeadamente pelo International Council of Nurses, e em Portugal, Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária tomou-o como referencial teórico em Enfermagem de Saúde Familiar, adotando-o como modelo de desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Originado pela Professora Doutora Henriqueta Figueiredo, o MDAIF baseia-se no MCAF e no pensamento sistémico, e torna operativas as dimensões avaliativas do presente referencial teórico (Figueiredo, 2012).

No sistema de informação SClínico®, usado na prática clínica diária dos enfermeiros, é possível avaliar as famílias nas dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, através da matriz operativa do MDAIF, que se passam a descrever.

1.1 - DIMENSÃO ESTRUTURAL

A dimensão estrutural visa descrever: composição da família (identificação dos elementos), estrutura familiar, vínculos entre elementos da família e com outros subsistemas mais amplos, alterações na sua composição decorrentes de casamentos/separações, óbitos e/ou nascimentos e também aspetos ambientes passíveis de serem fatores de risco para a saúde.

A composição do agregado familiar no programa SClínico® é preenchida pelos secretários clínicos, e pode ser consultada no processo individual do utente ou no processo familiar.

Através da avaliação do tipo de família é inventariada a sua composição e os vínculos entre os seus elementos. Face à evolução no ciclo vital e diversidade do tipo de famílias, integradas na multiplicidade de formas do cuidar, é deveras obter e documentar (figura 1) o máximo de informação para tê-las como parceiras de cuidados.

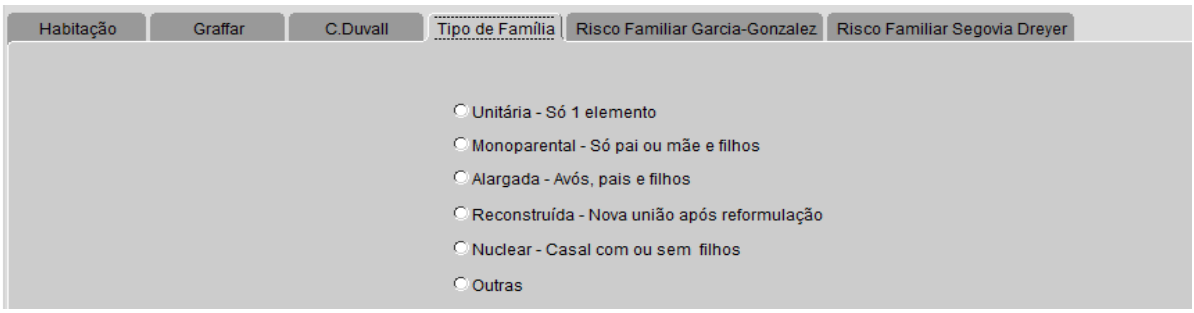


Figura 1- Registo de tipo de família

A família evolui e desenvolve-se permanentemente ao longo da vida – ciclo vital familiar. Existem várias abordagens ao ciclo vital familiar: a classificação do ciclo vital familiar proposta por Duvall é a utilizada no sistema de informação SClínico® de Enfermagem da presente USF (Figura 2).

Esta classificação foi criada nos anos 50 do século XX, e descreve os critérios e respetivos estadios da família num determinado estádio. Aplica-se à família nuclear, e segue 8 etapas:

- Casal sem filhos (do casamento até ao nascimento do primeiro filho);
- Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar);
- Famílias em idade pré-escolar (da entrada da escola até à adolescência);
- Família com adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores);
- Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa);
- Família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma) e
- Família idosa (da reforma à viuvez).

A cada etapa está subjacente um conjunto de tarefas, que determinam o desenvolvimento da unidade familiar (Duvall & Miller, 1985).

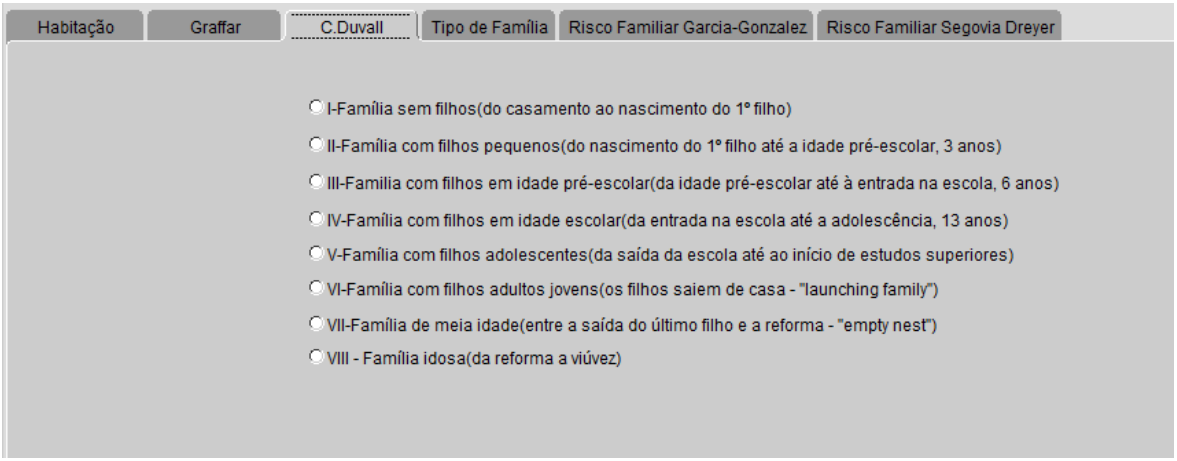


Figura 2 - Registo de ciclo vital familiar de Duvall

Nos itens família extensa e sistemas mais amplos, surgem como instrumentos de real valor a construção do genograma e do ecomapa, que não sendo ferramentas novas, constituem-se como instrumentos básicos muito úteis para os enfermeiros de saúde familiar, ao proporcionarem uma visão ampla da família enquanto alvo de cuidados.

O genograma traduz-se numa representação gráfica transgeracional da estrutura familiar. Com a sua análise, consegue-se visualizar rapidamente que elementos a constituem, quais as suas relações, identificar forças e recursos familiares, bem como aferir-se padrões familiares transgeracionais que atuam na família e que podem influenciar decisivamente as suas vidas. Através desta visão dos problemas, podem ser inferidas hipóteses sobre como determinado problema pode estar associado ao contexto familiar, numa perspetiva passada ou atual (Nené, et al. (2023).

Na sua construção, com carácter flexível e dinâmico, devem ser incluídas 3 gerações, integrando as informações da estrutura familiar, como acima abordado, o subsistema fraternal (nascimentos e ordem cronológica), comportamentos familiares e padrões relacionais, problemas de saúde familiar, adições, situações várias de violência e acontecimentos de vida marcantes (Figueiredo, 2012).

A psicofigura de Mitchel representa a perceção das relações dos membros da família. Refere-se ao tipo e forças das mesmas, traduzidas por linhas, representativas dos diferentes tipos de relação entre eles, podendo ser ou não inserida no genograma.

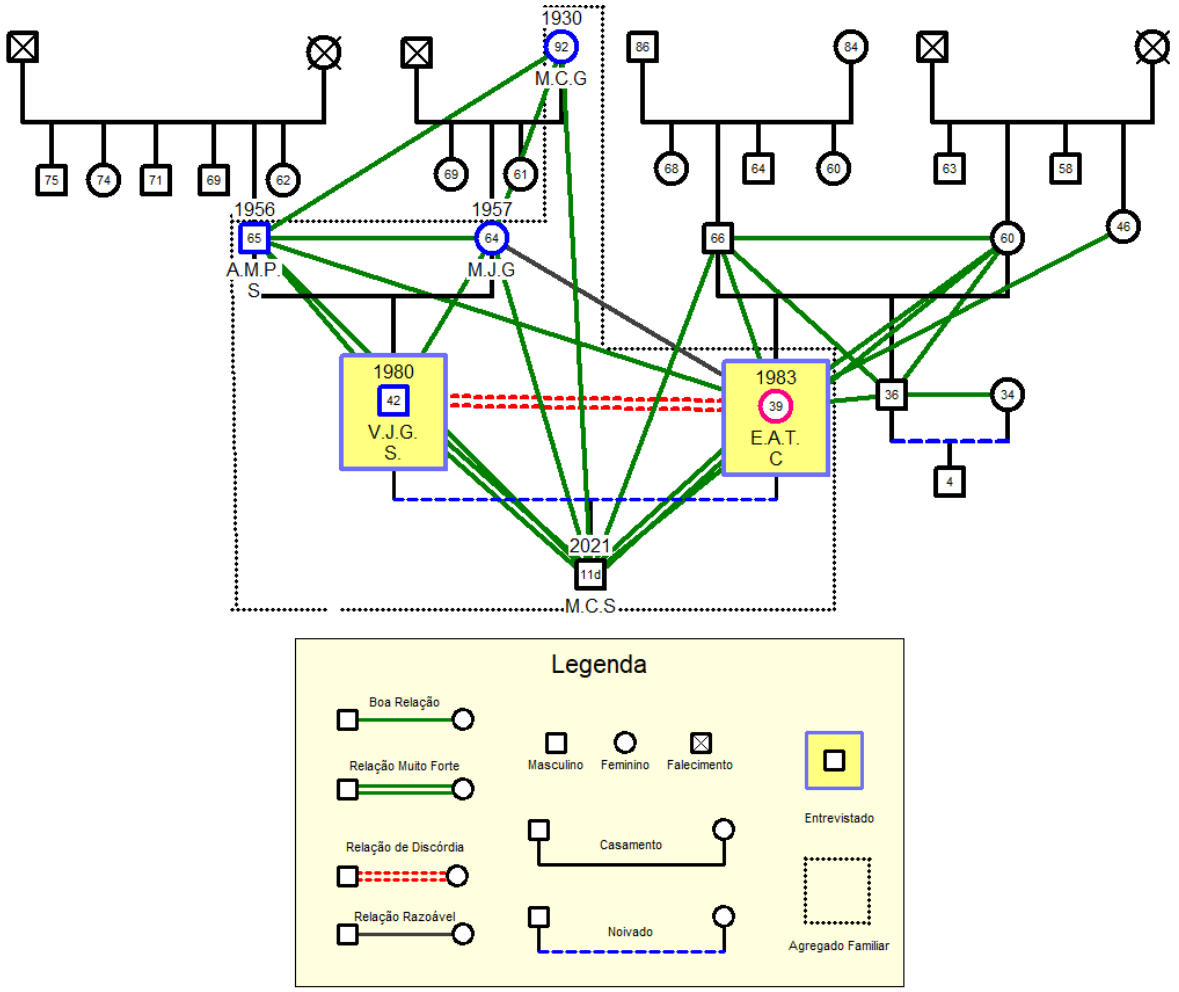
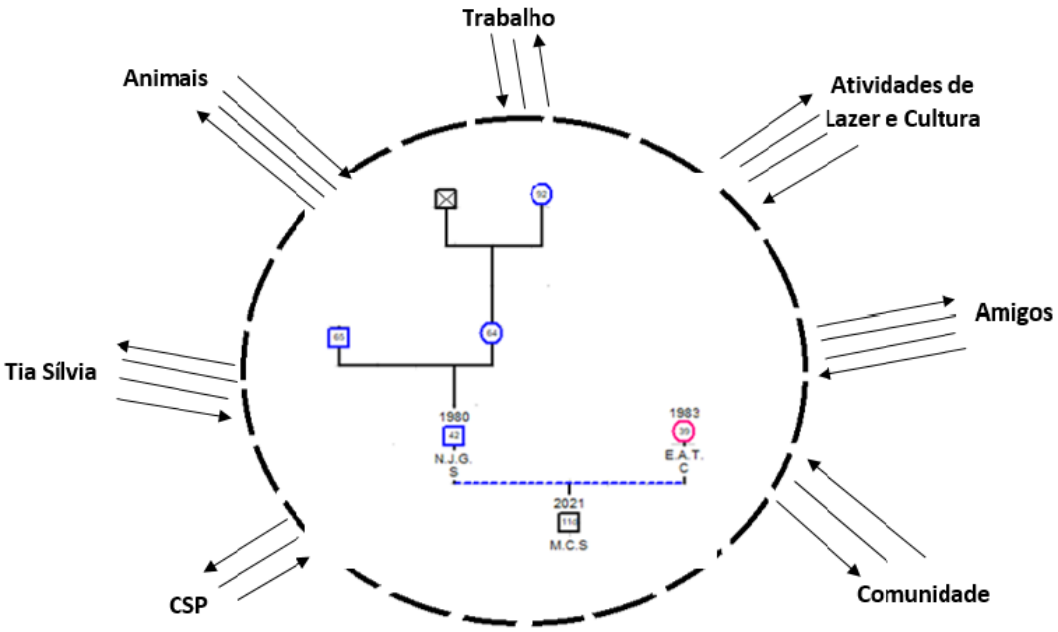


Figura 3 – Exemplificação de genograma

O ecomapa surge como um desenho complementar do genograma. Permite aperfeiçoar a compreensão e exploração das relações e ligações dos contactos dos membros da família com os outros sistemas sociais, sejam de suporte ou fatores de stress. Evidencia o equilíbrio entre necessidades e recursos da família, através de pessoas e instituições de referência, ilustrando assim a ligação da família com sistemas mais amplos no enquadramento da rede social da família.



Legenda:

– Fluxo de energia ⟶

– Boa Relação ═══

– Relação forte ≡≡≡

Figura 4 - Exemplificação de ecomapa

Importa ressalvar que a desmaterialização dos processos em papel acarretou vantagens e desvantagens, sendo que estes valiosos instrumentos, ainda não são passíveis de serem registados no SClínico® enquanto representações gráficas. Assim, o seu registo deve ser realizado nos itens da anamnese familiar (figura 5) e/ou em observações em formato de texto livre.

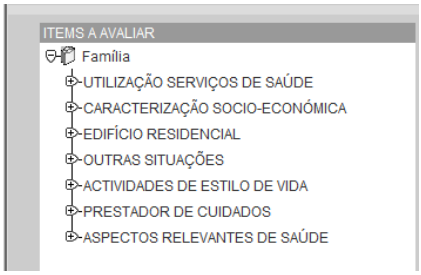


Figura 5 - Anamnese familiar

A classe social influencia a organização familiar, a forma como se estabelecem crenças, valores e ainda como utilizam os serviços de saúde, assumindo por isso grande importância a sua avaliação.

Está disponível no SClínico® a Notação Social da Família – Graffar também conhecida como Índice de Graffar ou Classificação Social (figura 6). Este índice permite avaliar as condições socioeconómicas da família tendo como resultado a identificação da sua classe social. Possibilita, prever situações de risco, bem como as alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial. Avalia cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiares, conforto da habitação e aspetos do bairro onde reside (Néné et al., 2023).

Cada um destes 5 critérios é avaliado segundo a mais correta adequação ao agregado familiar, em cinco graus, considerando-se o elemento que represente maior nível de classificação.

Os resultados obtidos revelam umas das seguintes classes socioeconómicas:

- Resultados entre 5 e 9 – Classe I – Classe Alta
- Resultados entre 10 e 13 – Classe II – Classe Média Alta
- Resultados entre 14 e 17 – Classe III – Classe Média
- Resultados entre 18 e 21 – Classe IV – Classe Média Baixa
- Resultados entre 22 e 25 – Classe V – Classe Baixa

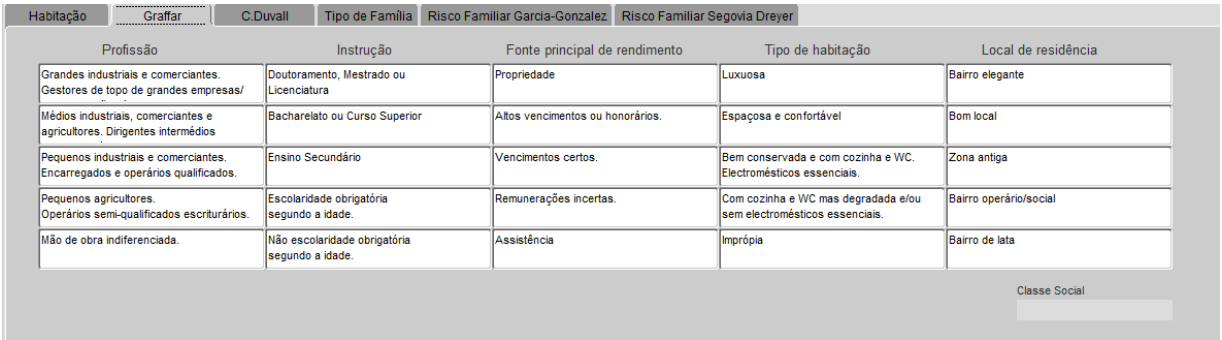


Figura 6 - Registo do Índice de Graffar

Após determinada a origem do rendimento familiar, através da classe social da família, é necessário avaliar o conhecimento acerca da gestão do rendimento familiar, nomeadamente acerca da relação entre os recursos previsíveis e a capacidade de assegurar a segurança e satisfação das necessidades básicas dos membros da família (Figueiredo, 2012).

Em relação ao edifício residencial - espaço confere à família abrigo e proteção - e aliado à classe social, revela-se importante aprofundar as condições de higiene da habitação, o conforto que esta proporciona à família, o ambiente biológico, a existência de barreiras arquitetónicas, o tratamento de resíduos e abastecimento de água e gás, assim como o tipo de aquecimento (figura 7).

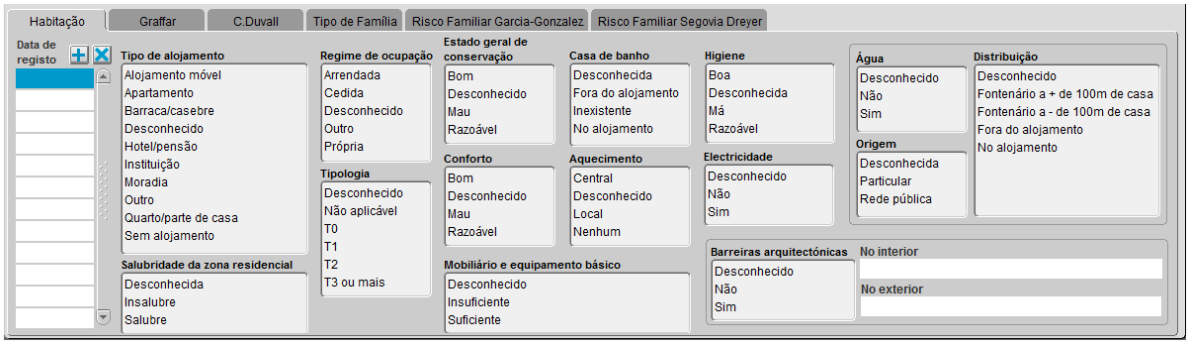


Figura 7 - Condições do edifício residencial

Transpondo para a prática clínica, e referente à dimensão estrutural, é possível registar/identificar no programa SClínico® os seguintes diagnósticos de Enfermagem: rendimentos familiares, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico.

1.2 - DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

A dimensão desenvolvimental permite compreender fenómenos associados ao crescimento da família. Implica conhecer os processos associados ao desenvolvimento idiossincrático de cada família, reconhecendo ainda a sua individualidade enquanto sistema. A compreensão deste percurso possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, capacitando-a para as tarefas essenciais presentes em cada etapa do ciclo vital familiar e preparando-a para as transições futuras. Importa ainda referir que as tarefas desenvolvimentais inerentes a cada etapa não terminam para dar início a outra, podendo estar presentes várias áreas de atenção (Shajani & Snell, 2023).

Assim, na presente dimensão, encontra-se os focos de atenção: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental. Cada um deles permite uma avaliação aprofundada e globalizante das necessidades de cada família relativamente ao seu desenvolvimento enquanto unidade de cuidados.

A satisfação conjugal diz respeito ao processo de conjugalidade, que visa a manutenção de uma relação satisfatória, alterando-se consoante fatores externos e ao longo das várias transições que o casal vive. De acordo com o MDAIF, são definidas as seguintes dimensões operativas: relação dinâmica do casal, comunicação do casal, interação sexual e função sexual (Figueiredo, 2012).

O planeamento familiar corresponde a processo de tomada de decisão quanto à regulação do número de filhos e intervalo entre nascimentos. A esta definição está associado o conhecimento e acessibilidade do casal em relação a métodos de planeamento familiar, seguros e eficazes, bem como usufruírem de consultas pré-concecionais. As dimensões operativas do planeamento familiar são: uso de contracetivo, conhecimento sobre vigilância pré-concecional, conhecimento sobre reprodução e fertilidade.

Perante o nascimento do primeiro filho, o casal transita da função conjugal para a função parental. A adaptação à gravidez implica que, para além da necessidade de adaptação física, sejam redefinidos papéis individuais e familiares, construindo gradualmente espaço para o filho.

O papel parental define-se como o conhecimento e a aptidão para o desenvolvimento de comportamentos que possibilitem a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança, num processo dinâmico e contínuo. Subjacentes à aquisição deste papel, encontram-se o conhecimento, a comunicação e o comportamento de adesão dos pais.

Embora não se encontre disponível nenhum instrumento de avaliação específico, estas constituem-se como dimensões avaliativas no processo de Enfermagem no programa SClínico®.

1.3 - DIMENSÃO FUNCIONAL

A presente dimensão incide essencialmente sobre os padrões de interação familiar, que possibilitam o desempenho de funções e tarefas familiares. Aborda os detalhes sobre as atividades de vida diárias (funcionamento familiar instrumental) e a forma como os elementos da família interagem entre si (funcionamento familiar expressivo). É através da avaliação destes parâmetros, em complementaridade com a informação obtida das dimensões acima abordadas, que é possível a formação de necessidade familiares, bem como a compreensão da

mesma enquanto sistema complexo e multidimensional (Shajani & Snell, 2023; Figueiredo, 2012).

Enquadram-se na avaliação funcional dois diagnósticos: papel de prestador de cuidados, que realça a dimensão instrumental do funcionamento familiar e o processo familiar que enfatiza a dimensão expressiva. Ambos podem ser avaliados e registados no programa SClínico®.

Aliado ao aumento da esperança de vida, associa-se o aumento de doenças crónicas e índice de dependência, constituindo-se como um fator de stresse familiar. Existe uma restruturação das tarefas e dos papéis desempenhados pela família. Neste contexto surge ainda nesse sentido o papel de prestador de cuidados, correspondente ao padrão de interação familiar, que pretende dar apoio a um dos seus membros dependente em um ou mais autocuidados. Nesta dimensão avaliativa são contempladas as seguintes dimensões, passíveis de serem exploradas no programa SClínico®: conhecimento do papel; comportamento de adesão; consenso de papel; conflito de papel e saturação de papel.

O processo familiar corresponde ao padrão de interação entre os membros da família, considerando-a como um sistema co-evolutivo e de acrescida complexidade funcional. As suas dimensões operativas incluem: comunicação familiar, coping familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares, e no seu conjunto, permitem compreender aprofundadamente as relações e interações entre os vários membros da família, bem como identificar necessidade de mudança a nível do funcionamento familiar.

O instrumento de avaliação familiar APGAR familiar de Smilkstein permite avaliar a funcionalidade familiar e englobando 5 itens, que estão associados à adaptabilidade, sentimento de pertença, crescimento, afetos e capacidade de resolução de problemas (figura 8).

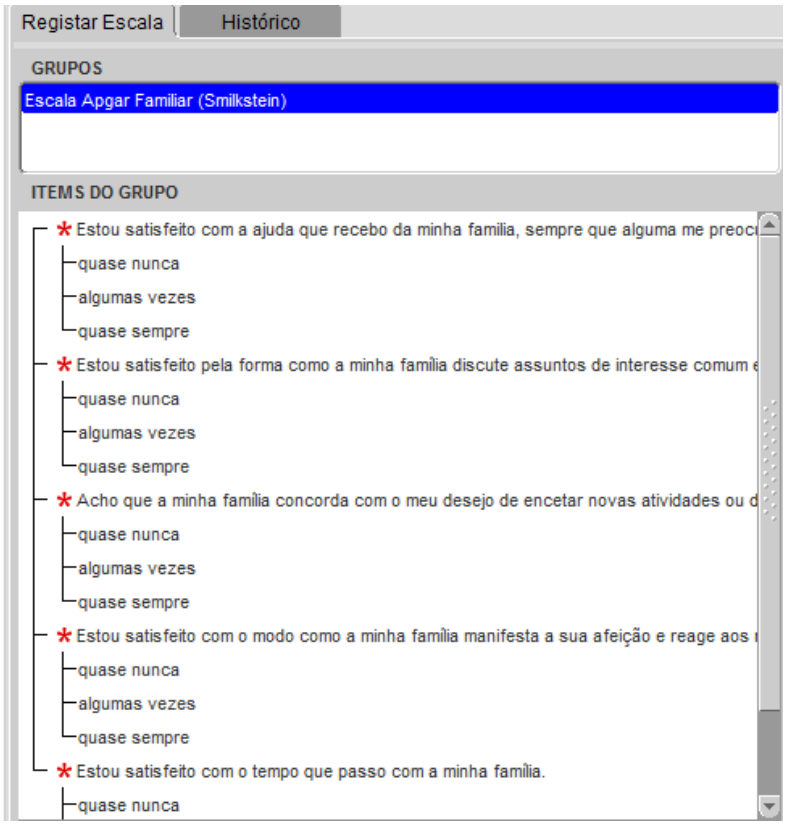


Figura 8 - APGAR familiar de Smilkstein

Para além deste instrumento, e de importante relevância embora não parametrizada no sistema de informação SClínico®, a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe possibilita a identificação eventos familiares potencialmente stressantes. Para além de identificar a relação entre o nível de stresse familiar e a probabilidade de aparecimento de doenças psicossomáticas em um ou vários membros da família, permite ainda a identificação de tipos de padrão de transições ocorridos no último ano (Anexo I).

A escala de FACES II avalia através de um elencado de 30 itens a família quanto à coesão e adaptabilidade (Anexo II). Ainda que de suma importância, não se encontra parametrizada no programa SClínico®.

A operacionalização do MDAIF no programa SClínico®, retrata as várias dimensões abordadas (estrutural, desenvolvimental e funcional) (figura 9):

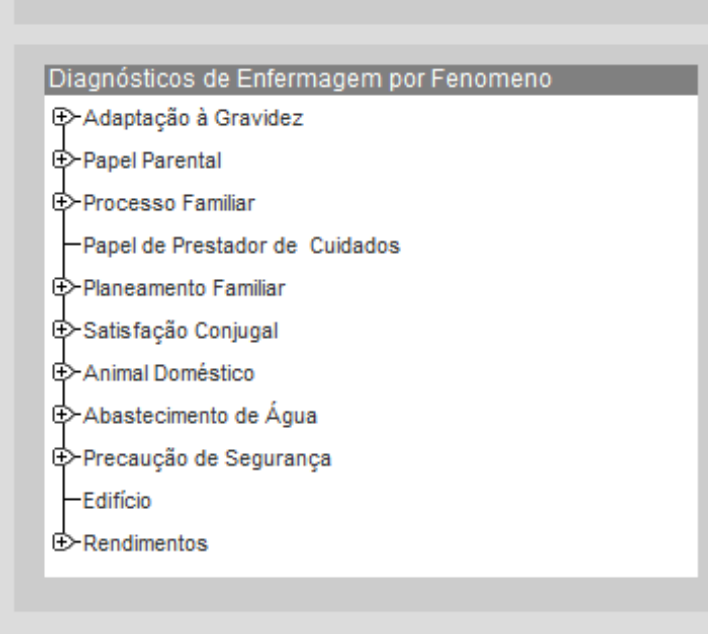


Figura 9 - Diagnósticos de Enfermagem

2 - OUTROS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DISPONÍVEIS NO PROGRAMA SCLINICO

Encontram-se disponíveis e os seus dados passíveis de serem mensuráveis no programa SClínico® outros 3 instrumentos de avaliação do risco familiar.

A escala de Garcia-Gonzalez, que consiste num instrumento de seis itens para avaliar parâmetros demográficos, socioeconómicos e de saúde família, sendo atribuído um valor final que classifica as famílias com determinados graus de risco familiar (figura 10).

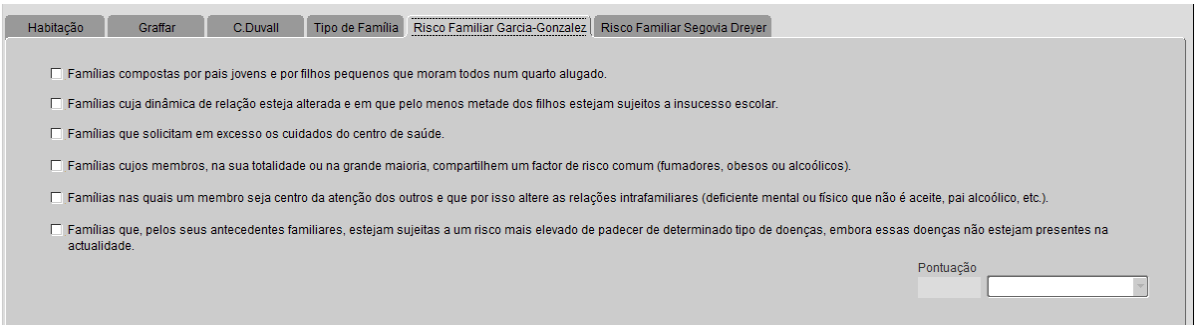


Figura 10- Escala de risco familiar de Garcia-Gonzalez

A escala de Segovia-Dreyer, identifica itens que eventualmente se possam constituir como fatores predisponentes para a alteração da homeostasia familiar através da presença ou ausência de critérios de risco, pelo que o seu devido preenchimento aporta benefícios para a prática clínica (figura 11).

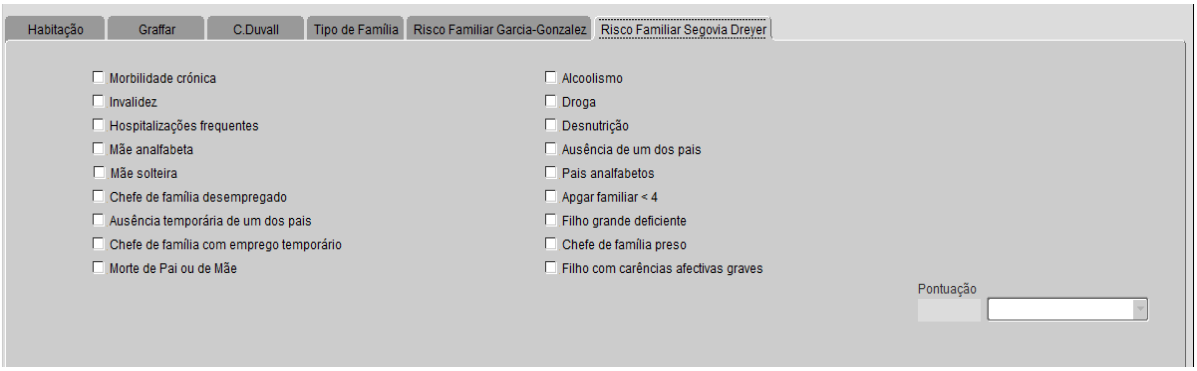


Figura 11- Escala de risco familiar de Segovia-Dreyer

A avaliação do risco familiar verificada no programa de Saúde Infantil no programa SClínico® permite a identificação e registo de um elencado de informação relativamente à criança e de

quem lhe presta cuidados (figura 12). Estão contemplados: motivo de sinalização (figura 13), fatores de risco (figura 14), fatores protetores (15), sinais de alerta (figuras 16a e 16b), indicadores, sinais e sintomas (figura 17), tipo de risco/mau-trato identificado (figura 18) e tipo de acompanhamento da criança/jovem/família (figura 19).

Por tratar-se de uma escala recentemente adicionada no programa e poder ser do desconhecimento de alguns profissionais, especificam-se os seus parâmetros avaliativos.

De notar que em cada parâmetro consta a faixa etária a selecionar (variável conforme cada item), sendo que esta apenas apresenta alterações no item "sinais de alerta", que são divididos em 2 categorias – dos 0 aos 5 anos, e crianças com mais que 5 anos.

Na consulta no histórico das avaliações, podem apurar-se os parâmetros avaliados, enquadrado com a faixa etária selecionada.

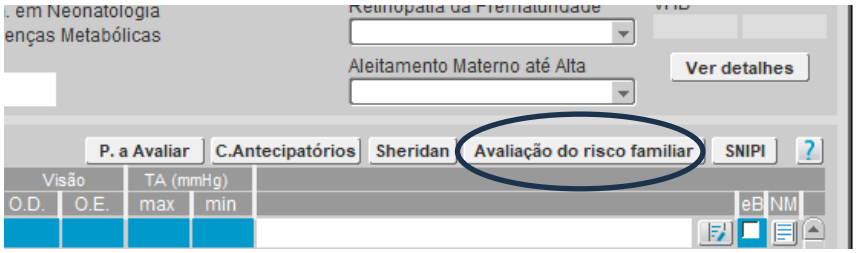


Figura 12 - Escala de risco familiar associado ao programa de Saúde Infantil

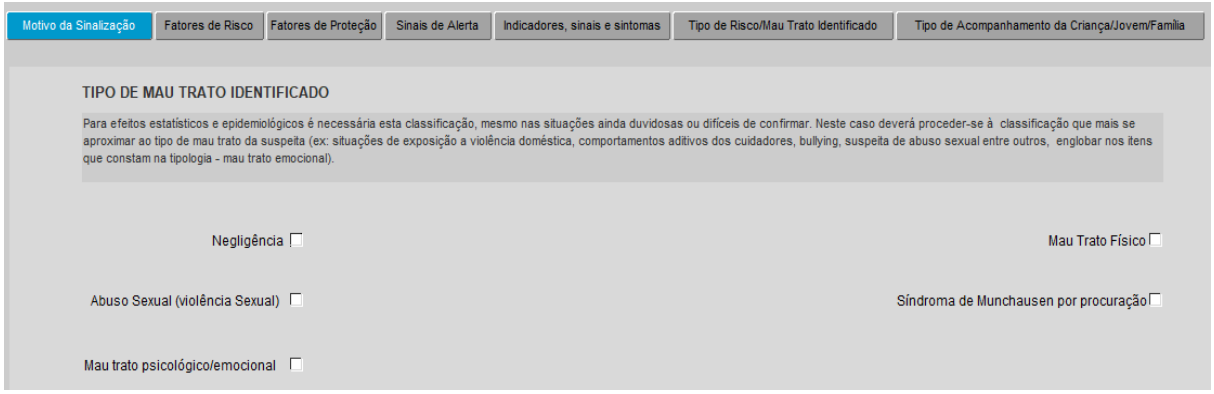


Figura 13 – Motiva da Sinalização

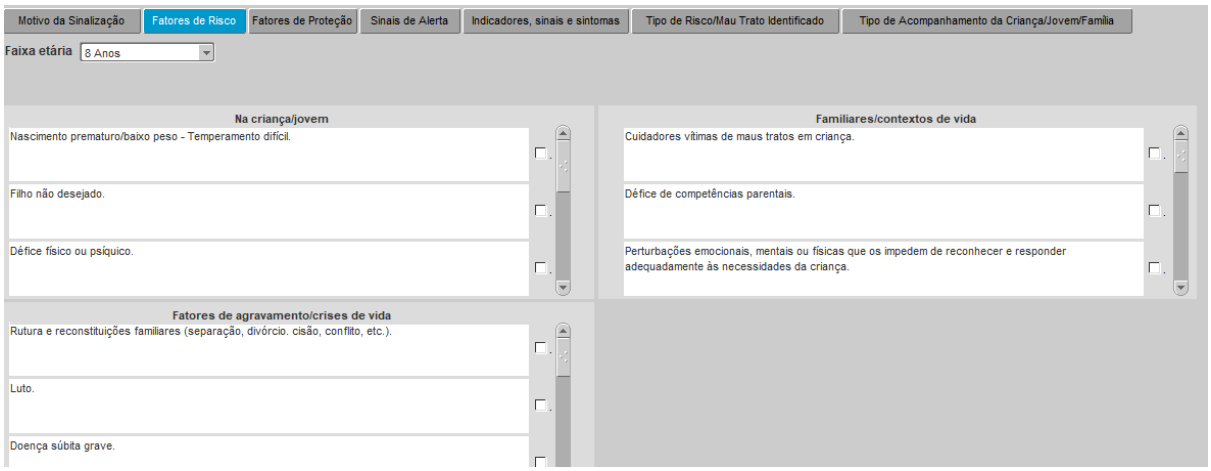


Figura 14 – Fatores de risco

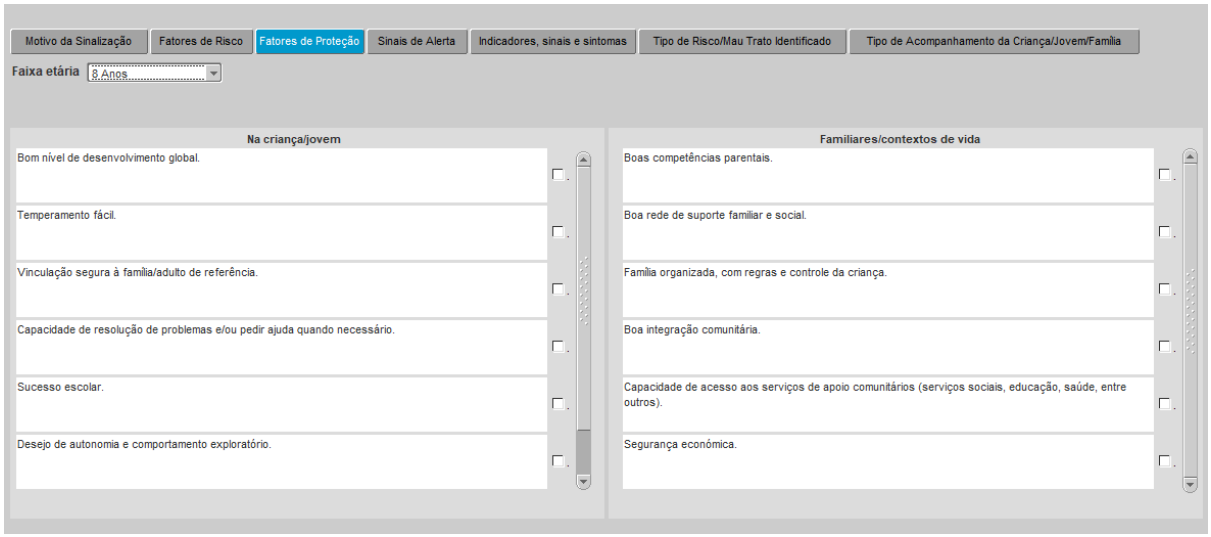


Figura 15 – Fatores de Proteção

Figura 16a – Sinais de alerta para criança dos 0 aos 5 anos

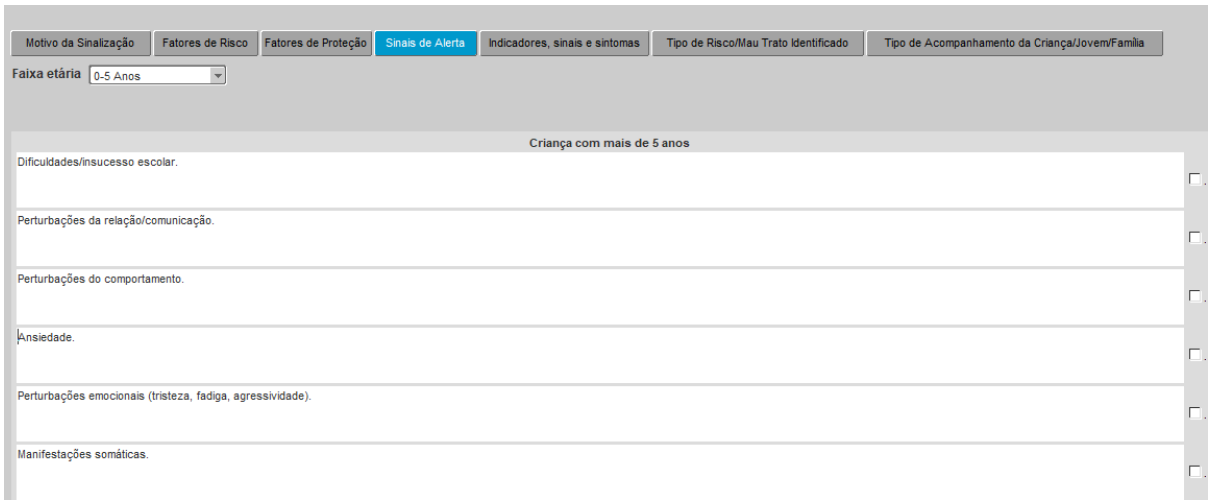


Figura 16b – Sinais de alerta para crianças com mais de 5 anos

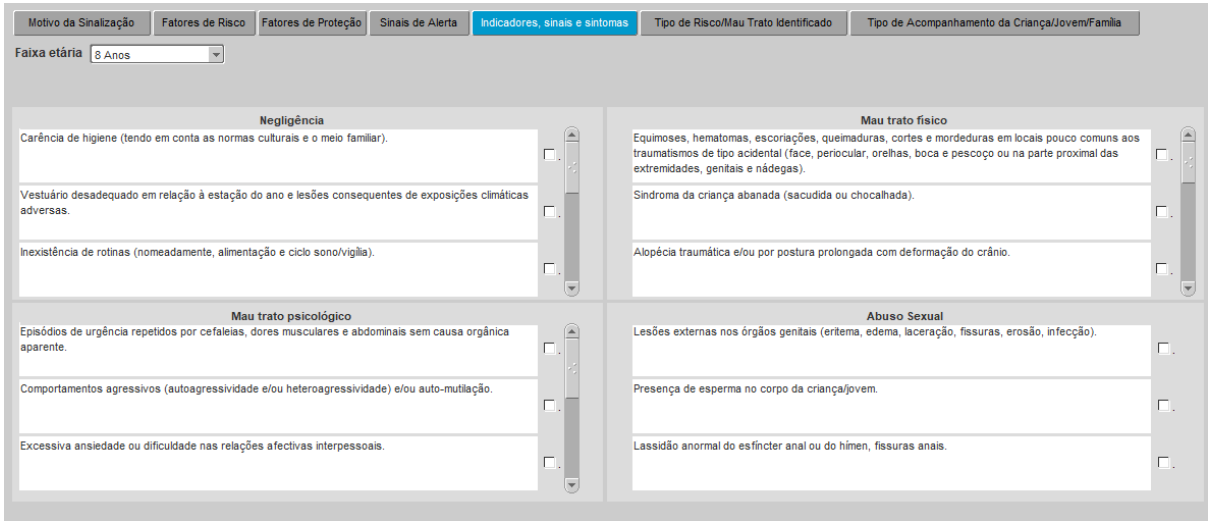


Figura 17 – Indicadores, sinais e sintomas

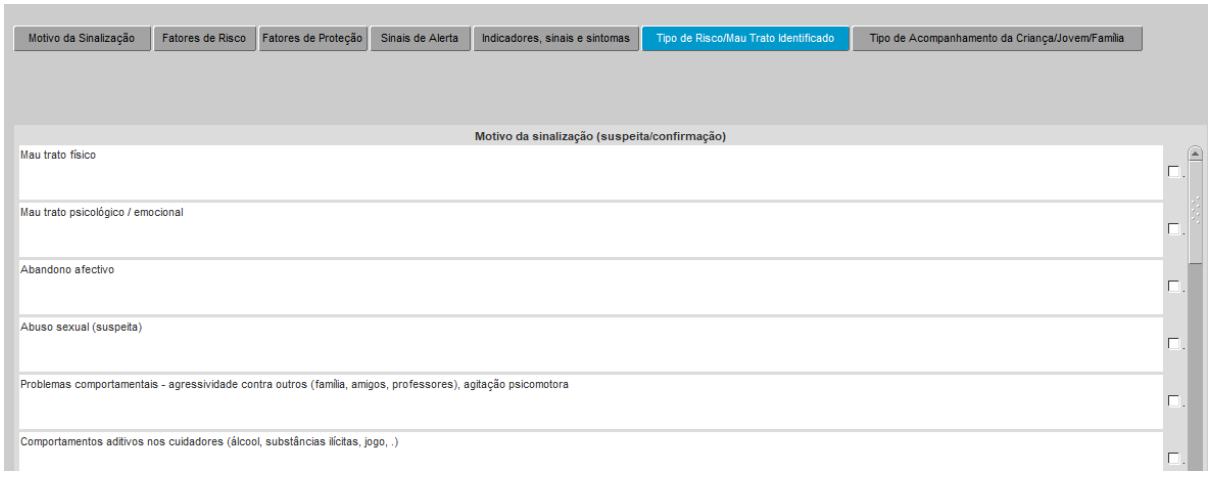


Figura 18 – Tipo de Risco/ Mau trato identificado

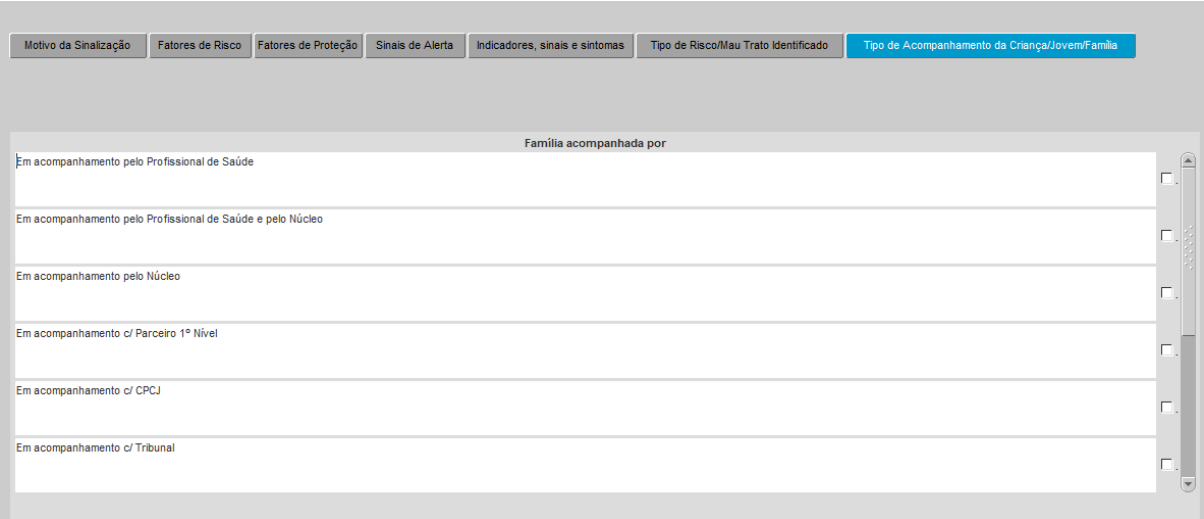


Figura 19 – Tipo de acompanhamento da Criança/Jovem/Família

NOTA CONCLUSIVA

Conhecer e compreender as famílias constitui-se como um desafio e, simultaneamente, a base para a Enfermagem de Saúde Familiar. A abordagem avaliativa da dimensão estrutural, desenvolvimental e funcional da família permite um olhar amplo, sistémico e sistematizado da mesma. É através da identificação conjunta das necessidades e expectativas das famílias que se consegue obter uma parceria real e sólida, na co-construção de um plano de intervenção.

Não menos importante neste processo avaliativo é a documentação das dimensões avaliadas, bem como dos resultados obtidos no sistema de informação utilizado na prática clínica diária. Este permite o armazenamento da informação de modo a poder ser valorado ao longo do tempo e pela equipa multidisciplinar. Para além disso, e verificado que ainda há um caminho a percorrer na parametrização de mais escalas avaliativas, focos de atenção e intervenções no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, é necessário nos apropriarmos dos itens já existentes, e dar-lhe a real visibilidade.

Espero que este documento possa contribuir para a sensibilização da equipa de Enfermagem da USF em causa na avaliação da família, tomando-a de forma consciente enquanto foco de cuidados e parceira ativa na manutenção e recuperação da sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caieiro, R. (1991). Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto da Clínica Geral da Zona Sul

Decreto-Lei 118/2014, (2014). *Diário da República, 1.ª série* - N.º 149 de 2014-08-05

Duvall, R., & Miller, B. (1985). Marriage and Family Development. New York: Harper & Row

Fernandes, O. M. (1995). Família e emigração. (Dissertação de Mestrado não publicada). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra)

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

Nené, M., Sequeira, C., & Figueiredo, M. H., J., S. (Coord.) (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel- Edições técnicas, Ld

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2023). *Tomada de posição nº 01/2023 da Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermgem de Saúde Familiar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família, perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento

Shajani. Z & Snell, D. (2023). Shajani & Snell's Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention (8.ª ed.). F.A. Davis

ANEXOS

ANEXO 1- ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	63
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de familiar	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança na situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança do tipo de trabalho	36
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	29
26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	20
34	Mudança de diversões	19
35	Mudança de actividade religiosa	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
40	Mudança dos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11

Adaptado de: Caeiro (1991)

ANEXO 2- ESCALA DE FACES II

Escala de FACES II

		Quase nunca 1	De vez em quando 2	Às Vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	3	4	5
7	Na nossa casa fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir opinião uns dos outros.	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer as coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16	Quando é necessário resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em consideração.	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns dos outros.	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20	A nossa família tende a encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha dos amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	5
28	Em casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos comuns uns aos outros.	1	2	3	4	5

Adaptado de: Fernandes (1995)