



ESTÁGIO III – Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF ou UCSP

André Guerra Gomes, nº 5240183

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Familiar

Relatório de Estágio

Professora Eva Menino

Leiria

abril de 2026



Relatório de estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sob a orientação científica da Professora Doutora Eva Menino, professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento nunca é mal entendido e é sempre bem recebido.

No decorrer desta nova fase de vida, de mestrando, de profissional, de filho, amigo e namorado, estiveram disponíveis pessoas que me motivaram e incentivaram a ser melhor e fazer o melhor por mim e pelos outros.

Quero agradecer à equipa multidisciplinar da Unidade, em especial à Enfermeira Sofia Sousa, onde tive oportunidade de estagiar, por estes meses de aprendizagem, pela possibilidade e disponibilidade de me receberem e por partilhar conhecimento que se revelou fundamental para a consecução do presente trabalho e da minha melhoria como enfermeiro e pessoa.

Agradecer também à professora Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino pelas orientações e disponibilidade demonstradas assim como no seu humanismo em todo este percurso.

Quero agradecer ainda à minha mãe, Silvina Gomes, e ao meu pai, Sérgio Gomes, que foram e são incansáveis, por toda a educação que me providenciaram no meu processo de desenvolvimento e no facto de acreditarem em mim e demonstrarem o seu orgulho perante as minhas escolhas.

Aos meus amigos, em especial, Eduardo Pinheiro, Patrícia Silva, Filipe João, Sara Oliveira, Márcio Duarte e Diogo Cunha, por ter estado um pouco mais ausente mas que eles sabem que estiveram sempre no meu pensamento e que foram dando apoio sempre.

Ao meu irmão, Pedro Gomes, que me demonstrou que por vezes a vida nos leva a percursos diferentes, mas que no fundo o nosso objetivo é semelhante que é sermos melhor por nós e para os outros.

À minha namorada, Brenda Dutra, que, nestes dois anos de mestrado, posso não ter sido a pessoa mais presente e por isso peço desculpa e agradeço o modo como persistiu comigo e acreditou nas minhas capacidades iluminando sempre o melhor de mim e apoiando nas decisões.

A todos um muito obrigado.

Resumo

Enquadramento: Este relatório de estágio decorre em contexto de Cuidados de Saúde Primários, reconhecidos como base do sistema de saúde e fundamentais na promoção da saúde e prevenção da doença. É fundamentado através do olhar de um mestrando em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. As Unidades de Saúde Familiares (USF) assumem um papel central na prestação de cuidados personalizados e contínuos às famílias, nesse contexto, a enfermagem de saúde familiar destaca-se pela abordagem sistemática da família enquanto unidade de cuidados, integrando modelos teóricos como o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF). Abordaremos todo o processo de aprendizagem adquirido através do ensino clínico, complementando com as competências de um enfermeiro especialista, tanto comuns como específicas. Falaremos ainda da prática especializada baseada na evidencia, esta fase através de dois estudos que se complementam entre si através da identificação de crianças com Necessidade de Saúde Especiais (NSE) e o estudo de uma família com uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

Objetivos: Apresentar o percurso de desenvolvimento das competências comuns e específicas de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar; caracterizar o contexto da prática clínica no âmbito da prática baseada na evidencia identificando crianças com necessidade saúde especiais numa USF e avaliar o funcionamento de uma família com uma criança com diagnóstico de PEA

Métodos: Este relatório tem uma base maioritariamente descritiva e reflexiva do decorrer do estágio, apresenta ainda um estudo quantitativo com a aplicação do *Children with Special Health Care Needs Screener* (Pires et al., 2026), às crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos e 364 dias inscritas na unidade e um estudo qualitativo através da avaliação de uma família com filho com Necessidade de Saúde Especial, neste caso, PEA, recorrendo aos seguintes instrumentos: Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR Familiar, Escala de Risco Familiar de Segovia Dreyer e Escala de Risco Familiar de García-Gonzalez.

Resultados: O estágio permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão de cuidados e liderança em processos de intervenção familiar. Destaca-se a importância da relação terapêutica com a família, da personalização dos cuidados e relação interprofissional. Foram, ainda, desenvolvidas melhorias organizacionais e de capacitação dos utentes e cuidadores. Os resultados demonstraram que 47,4% das crianças avaliadas apresentam necessidades de saúde especiais, com predominância na dependência de medicação. No estudo familiar, identificaram-se fragilidades na comunicação, sobrecarga do cuidador e ausência de rede de apoio eficaz, tendo sido delineadas intervenções dirigidas à capacitação familiar e articulação de recursos.

Conclusão: A experiência no estágio reforma a prática de enfermagem de saúde familiar, centrada na família, sustentada por modelos teóricos estruturados e pela evidencia científica revelando-se essencial na identificação precoce de necessidades e na implementação de intervenções unificadas para cada família. Os resultados, ainda, evidenciam a relevância dos cuidados de proximidade e a complexidade no papel de enfermeiro especialista na capacitação familiar e na promoção de ganhos de saúde

Palavra-chave: Enfermeiros de Saúde da Família; Saúde da Criança; Saúde da Família; Modelos de Enfermagem; Estudo de Caso; Modelo de Calgary; Necessidade de Saúde Especiais.

Abstract

Background: This internship report was developed in the context of Primary Health Care, recognized as the foundation of health systems and essential for health promotion and disease prevention. It is grounded in the perspective of a master's student in Community Nursing, specializing in Family Health Nursing. Family Health Units play a central role in delivering personalized and continuous care to families. In this context, Family Health Nursing stands out for its systemic approach to the family as a unit of care, integrating theoretical models such as the Calgary Family Assessment and Intervention Model (CFAIM). This work addresses the learning process acquired during clinical training, complemented by the development of both common and specific competencies of a specialist nurse. It also includes evidence-based practice, supported by two complementary studies: the identification of children with Special Health Care Needs (SHCN) and the assessment of a family with a child diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD).

Objectives: To show the develop of common and specific competencies of a Family Health Nursing specialist; and to characterize the clinical practice context within evidence-based practice by identifying children with special health care needs in a Family Health Unit and assessing the functioning of a family with a child diagnosed with ASD.

Mehtods: This report is primarily descriptive and reflective, based on the clinical training experience. It also includes a quantitative study using the Children with Special Health Care Needs Screener (Pires et al., 2026), applied to children aged 3 to 17 years and 364 days enrolled in the unit, and a qualitative case study involving the assessment of a family with a child with special health care needs (ASD). The following instruments were used: Calgary Family Assessment and Intervention Model, Family APGAR scale, Segovia-Dreyer Family Risk Scale, and García-González Family Risk Scale.

Results: The clinical training enabled the development of both common and specific competencies of the specialist nurse, particularly in the domains of ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, care management, and leadership in family intervention processes. The importance of the therapeutic relationship with the family, individualized care, and interprofessional collaboration is highlighted. Organizational improvements and initiatives aimed at empowering patients and caregivers were also implemented. The results demonstrated that 47.4% of the children assessed present special health care needs, with a predominance of medication dependence. In the family study, significant vulnerabilities were identified in family communication, caregiver burden, and the lack of an effective support network, leading to the development of interventions focused on family empowerment and the coordination of resources.

Conclusion: The clinical training experience reinforces the practice of Family Health Nursing, centered on the family and supported by structured theoretical models and scientific evidence, proving essential for the early identification of needs and the implementation of tailored interventions. The findings also highlight the relevance of proximity care and the complexity of the specialist nurse's role in family empowerment and in promoting health gains.

Keywords: Family Health Nursing; Child Health; Family Health; Nursing Models; Case Study; Calgary Model; Special Health Care Needs.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM - Diabetes *Mellitus*

IDE – Índice de Desempenho da Equipa

IDG - Índice de Desempenho Global

MCAIF – Modelo de Calgary Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planeamento Familiar

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFS – Unidade de Saúde Familiar Stephens

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAP – Serviço de Apoio Permanente

SM – Saúde Materna

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SI – Saúde Infantil

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

1. Introdução.....	8
2. Caracterização da USF	10
2.1. Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família	12
3. A Evolução dos cuidados de saúde primários e a figura do Enfermeiro de Família.....	15
4. Fundamentação Teórica	17
5. Competências enfermeiro especialista em enfermagem comunitária da área de saúde familiar.....	21
5.1. Competências comuns	21
5.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	21
5.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	23
5.1.3 – Gestão dos Cuidados.....	23
5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	24
5.2. Competências específicas	25
5.2.1. Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	25
5.2.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	27
6. Prática especializada baseada na evidência	29
6.1. Estudo 1 “Prevalência observada e perfil das crianças com Necessidade de Saúde Especiais (NSE) na USF S”	29
6.1.1. Metodologia	30
6.1.2. Objetivos	30
6.1.3. Resultados.....	31
6.1.4. Discussão.....	35
6.1.5. Conclusão	36
6.2. Estudo 2 “Avaliação e Intervenção familiar: família com filho com PEA”.	36
6.2.1. Metodologia	37
6.2.2. Objetivos	37
6.2.3. Resultados.....	37
6.2.4. Discussão.....	39
6.2.5. Conclusão	40
7. Conclusão	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
1. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	48
2 PLANO DE CUIDADOS.....	58

1. Introdução

No âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (3º semestre), está integrado o Estágio III, denominado por “Estágio de natureza profissional em Enfermagem e Cuidados à família em contexto de USF ou UCSP”, sob orientação da Professora Eva Menino. Este estágio decorreu na Unidade Saúde Familiar Stephens (USFS), sob a supervisão da Enfermeira Sofia Carneirinho.

Os cuidados de saúde primários (CSP), sempre foram mencionados como a base do sistema de saúde (Branco, A. & Ramos, V., 2001) são o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, famílias e comunidades trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham.

De acordo com o Decreto de Lei nº 73/2017 (2017), as Unidades de Saúde Familiar (USF) são uma unidade elementar constituída por uma equipa multidisciplinar, médico, enfermeiro e administrativo que prestam cuidados de saúde individual e familiar a uma determinada população alvo e da qual têm, como missão, prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

As famílias são espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa. A interação com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, evidenciando-se a Enfermagem de Família, no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global. Foi na concretização das 21 metas traçadas nas políticas para o século XXI que o papel do Enfermeiro de Família se reassumiu, numa perspetiva de inclusão da família como alvo dos cuidados, sendo o enfermeiro de saúde familiar, o profissional de saúde responsável por proporcionar a um número limitado de famílias um vasto leque de aconselhamentos sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários. (Silva, 2013)

O relatório tem o objetivo de analisar e descrever de forma crítica e reflexiva as experiências desenvolvidas ao longo dos estágios, refletindo sobre o desenvolvimento de competências e práticas no cuidado à família. Na realização deste documento tive por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/ 2019), bem como 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).

De modo a integrar uma prática baseada na evidencia de cuidados de enfermagem realizei uma investigação científica debruçada na avaliação e intervenção familiar em cuidados de saúde primários para famílias de crianças com necessidade de saúde especiais.

A nível estrutural, este documento, organiza-se em seis capítulos: o primeiro descreve e caracteriza o ficheiro e o local de estágio durante este processo de aprendizagem; o segundo é relativo aos cuidados de saúde primários e sua história; o terceiro baseia-se na fundamentação teórica para a prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo em consideração os fundamentos teóricos que conduzem e suportam a prática clínica da Enfermagem de Saúde Familiar; o quarto capítulo refere-se à atividade nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde Familiar,

subdividindo-se em competências comuns e específicas; o quinto capítulo está relacionado com a investigação realizada descrevendo a prática baseada na evidencia em dois estudos que se complementam. Por fim, sexto capítulo, apresentarei uma breve conclusão na qual farei uma síntese dos aspetos relevantes, bem como das dificuldades sentidas na concretização deste documento.

2. Caracterização da USF

O Serviço Nacional de Saúde está organizado em Unidades Locais de Saúde (ULS) por regiões, existem trinta e nove. A USFS pertence à ULS Região de Leiria (Sistema Nacional de Saúde, 2024). A USFS está inserida no limite Norte da província da Estremadura, sendo limitada a Norte e Este pelo concelho de Leiria e a Sul pelo concelho de Alcobaça.

Segundo o Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, as USF são definidas como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais ou familiares, com equipas multiprofissionais, que podem ser organizadas em 3 modelos de desenvolvimento A, B e C; diferenciam-se entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. A USFS está organizada e desenvolvida segundo o modelo B.

Está localizada no centro do Município da Marinha Grande, na Av. Eng. Arala Pinto. Está num edifício onde se encontram outras unidades, USF Vitrius, USF Semear, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Serviço de Apoio Permanente (SAP), Saúde Pública e Equipa de Tratamento, provém ainda de gabinetes para apoio a nível de Psicologia, Fisioterapia e Assistente Social. O edifício tem dois andares, a USFS encontra-se no 1º piso juntamente com a USF Vitrius, no rés do chão encontram-se as restantes unidades. Todo o edifício dispõe de saneamento básico, elevador, eletricidade e aquecimento central. Apresenta ainda uma biblioteca comum às unidades.

Focando na USFS, esta apresenta uma sala de espera que dá para cerca de trinta utentes, dispõe de uma sala de reuniões espaçosa da qual realizam uma reunião semanal às terças-feiras onde promovem o desenvolvimento profissional contínuo, formação interna e monitorizam a qualidade dos serviços prestados.

Segundo o Diário da República n.º 249/2023 (Portaria n.º 454-A/2023), a equipa, multidisciplinar, é composta por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos que respondem com autonomia funcional e técnica às necessidades da população.

No caso da USFS, é constituída por seis micro-equipas. Dos seis enfermeiros que integram a unidade, cinco são detentores do título de enfermeiro especialista, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, no entanto apenas dois se encontram enquadrados na categoria de enfermeiro especialista no âmbito da carreira especial de enfermagem. De acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, é exigido que os enfermeiros que integram as USF sejam detentores do título de especialista em enfermagem de saúde familiar

Neste contexto organizacional o papel do enfermeiro está centrado na gestão da lista de famílias, permitindo que seja assegurada uma avaliação personalizada e especializada perante as necessidades dessas famílias ao longo do ciclo vital. A planificação dos cuidados conjuntamente com as famílias torna-se fulcral também na prática do enfermeiro com a definição de objetivos alcançáveis para a família. Todas estas atuações, em coordenação com os restantes profissionais da micro-equipa, exigem uma gestão clínica e articulação interprofissional que são características essenciais em um enfermeiro especialista.

Existem seis gabinetes médicos, individuais, e existem dois gabinetes que estão formatados para consultas de Saúde Infantil (SI) e Saúde Materna (SM) e dois que estão formatados para consultas de Planejamento Familiar (PF), não esquecendo que ainda dispõe de Visitas Domiciliárias (VD).

Não desconsiderando as consultas, o papel de um enfermeiro especialista, foca-se, ainda, nas oportunidades privilegiadas no acompanhamento da família e nas transições às quais se encontram, identificação de fatores de vulnerabilidade e implementação de intervenções de enfermagem com o intuito de capacitar e prevenir complicações no percorrer do ciclo vital.

A USFS, desde novembro de 2025, tem 10.165 utentes inscritos, dos quais, 4.889 do sexo masculino e 5.276 do sexo feminino. A distribuição por grupo etário e por género pode ser observada na tabela 1.

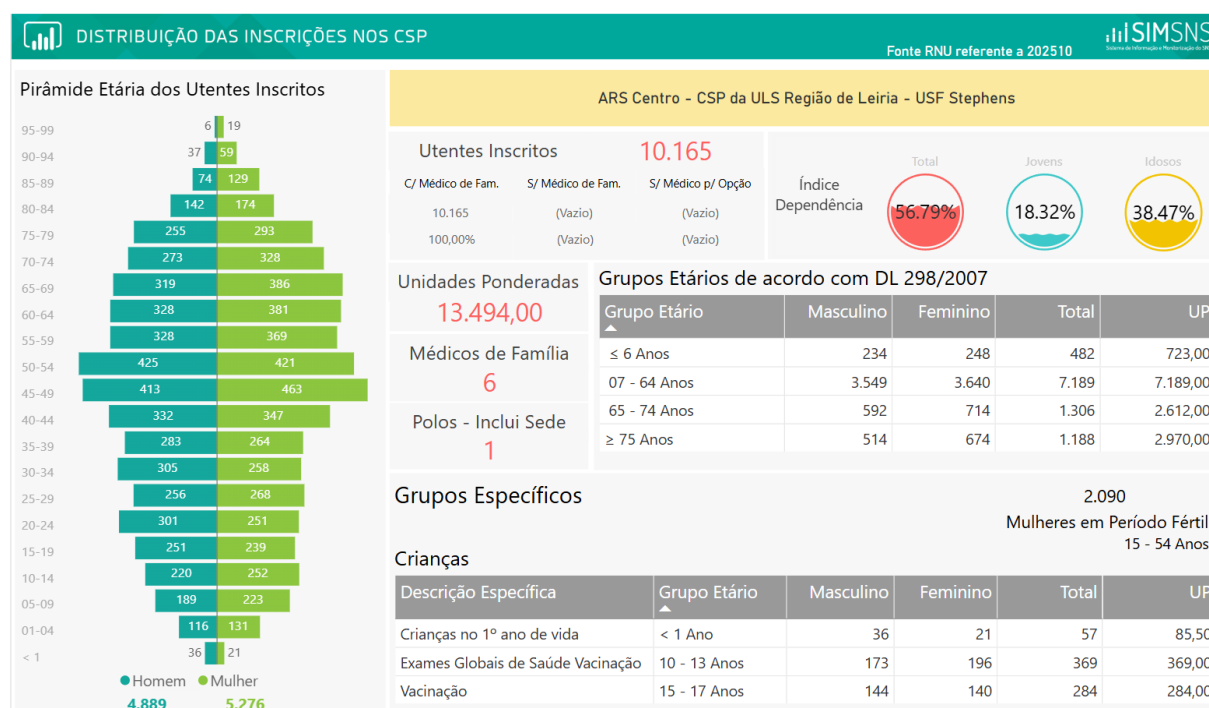


Tabela 1 – Distribuição dos utentes inscritos na USFS, BI 2025

Segundo a leitura do Índice de Desempenho de Equipa (IDE), de setembro de 2025 de 84, com um aumento significativo desde janeiro de 2024 que detinha um valor de 59,50. Este valor é monitorizado pelo Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do qual qualifica o desenvolvimento na missão e na melhoria contínua dos cuidados prestados à comunidade envolvente.

Os indicadores contratualizados e o desempenho alcançado pela USF traduzem, assim, não apenas a atividade realizada, mas sobretudo a qualidade do acompanhamento das famílias, desafiando o enfermeiro de saúde familiar a monitorizar resultados, ajustar intervenções e liderar processos de melhoria contínua dos cuidados em consonância com as competências específicas definidas para esta área de especialidade.

Segundo a carta de qualidade da USF Stephens, que se encontra disponível em acesso nas instalações, incorpora a missão de melhorar a saúde da sua população de utentes, prestando cuidados de saúde personalizados de excelência, em tempo útil, cuidando do utente inserido na família de uma forma

holística garantindo, assim, a acessibilidade, a globalidade, a continuidade de cuidados e promovendo atividades preventivas num envolvimento crescente com a comunidade.

Como Valores defendem a empatia, o espírito de equipa, a competência, a comunicação, a honestidade, a qualidade, o respeito, a responsabilidade e a tolerância.

A USFS ainda apresenta um compromisso com a população debruçando-se no âmbito da: promoção e vigilância da saúde; prevenção, diagnóstico e tratamento da doença; acessibilidade; instalações; qualidade; comunicação e ensino/aprendizagem.

Dispõe ainda de uma carteira adicional de serviço, de acordo com o Decreto de Lei nº 103/2023, 7 de novembro, com a responsabilidade de enfermagem em particular pela enfermeira Sofia Carneirinho, que a USFS contratualizou no atendimento em Estomatoterapia, que se encontra destinado ao utente e família com ostomia. O objetivo deste atendimento prende-se no promover conhecimento e autonomia, identificando complicações e solucionando-as juntamente com o utente e família, sempre com a missão de ajustar as intervenções o mais unificadas possível.

Nesta micro equipa é contratualizado um total de 46 indicadores, divididos em indicadores coletivos e indicadores individuais. De uma série de indicadores os que a enfermeira detém contratualizados ao seu cuidado são 26 (ANEXO I).

É nestes indicadores que é espelhado a qualidade dos cuidados prestados perante uma comunidade e família, no entanto, na minha perspetiva, o trabalho que é desenvolvido é muito mais do que é espelhado neste valor. É através destes indicadores que conseguimos ver que a USFS está com um valor excecional perante uma mediana de 80,50 em 25 unidades do modelo tipo B na região de ULSRL, como podemos ver na tabela 2:



2.1. Caracterização do ficheiro do enfermeiro de família

Conhecer detalhadamente as características do ficheiro de famílias permite ao enfermeiro de saúde familiar organizar e direcionar intervenções de forma alinhada com as necessidades reais da população sob sua responsabilidade. O recurso ao MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) possibilitou-me obter uma visão aprofundada da composição e da distribuição do ficheiro de família, constituindo um suporte essencial à avaliação familiar e à definição de prioridades de intervenção.

O ficheiro da enfermeira orientadora integra 940 famílias, correspondendo a 1 756 utentes (890 do sexo masculino e 866 do sexo feminino), até outubro de 2025. À luz do Regulamento n.º 743/2019, o rácio recomendado é de 1 550 utentes ou 350 famílias por enfermeiro de família, o que significa que este ficheiro apresenta um excesso de 590 famílias e 206 utentes face ao preconizado. Esta diferença influencia a complexidade da gestão da lista, com possíveis implicações no conhecimento aprimorado de cada família, no acompanhamento das transições ao longo do ciclo vital e na realização de

intervenções proativas (visitas domiciliárias e consultas de vigilância familiar), aumentando, assim, a necessidade de priorizar e otimizar recursos e tempo disponível.

É possível ver (gráfico 1) que a quantidade de utentes inscritos na ordem dos 7 anos aos 65 anos é o grupo etário maior. Considerando que a partir dos 65 anos se considera uma pessoa idosa, o ficheiro apresenta cerca de 17% de população idosa, podendo assumir que é um ficheiro relativamente jovem. Este perfil etário aponta para a predominância de famílias em idade ativa, com crianças e adolescentes em fase escolar e adultos em atividade laboral. Esta conclusão vem demonstrar que, perante determinado tipo de ficheiro, os cuidados serão dirigidos para as necessidades apresentadas.

Ainda, relativamente ao ficheiro, conseguimos ter uma visão da distribuição de utentes que estão inscritos por cada programa de saúde de enfermagem (gráfico 2).

A análise da inscrição dos utentes em programas de saúde de enfermagem permite identificar grupos de famílias prioritárias, como famílias com gravidez e parentalidade recente, famílias com crianças em vigilância de saúde infantil, famílias com membros portadores de doença crónica (como diabetes *mellitus* ou hipertensão arterial) e famílias com idosos em situação de maior vulnerabilidade. Estes dados constituem um instrumento fundamental para o enfermeiro de saúde familiar, na medida em que orientam a definição de planos de intervenção focados na família como unidade de cuidados, favorecendo ações de educação para a saúde, capacitação de cuidadores e monitorização contínua de situações de maior risco.

GRÁFICO 1 – caracterização do ficheiro clínico quanto ao género e grupo etário

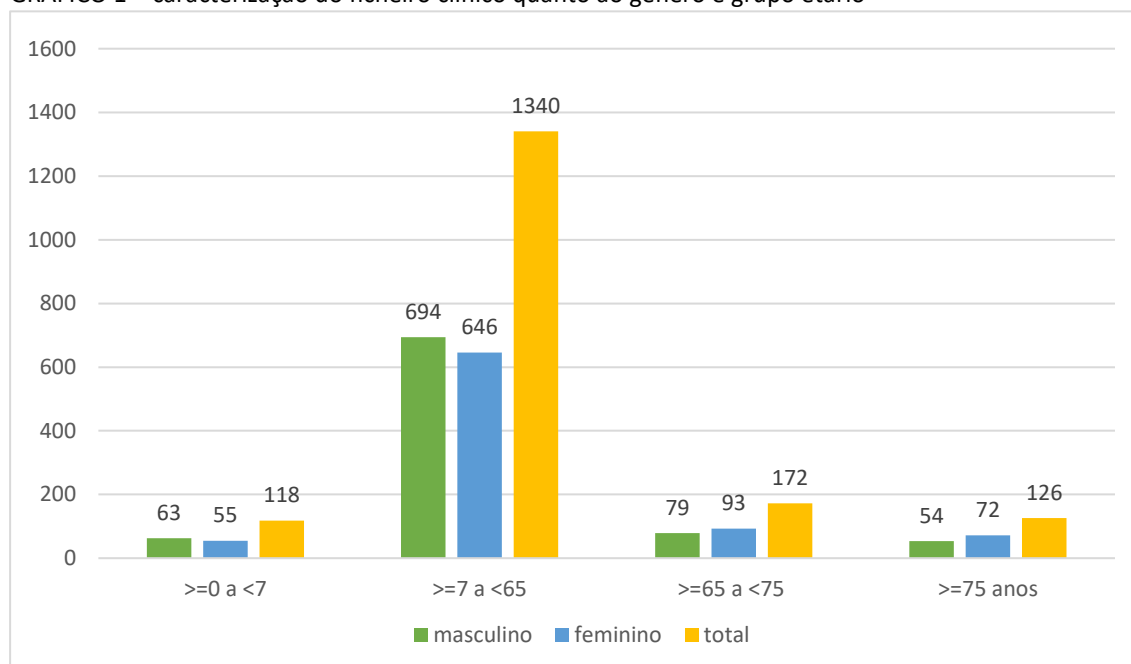
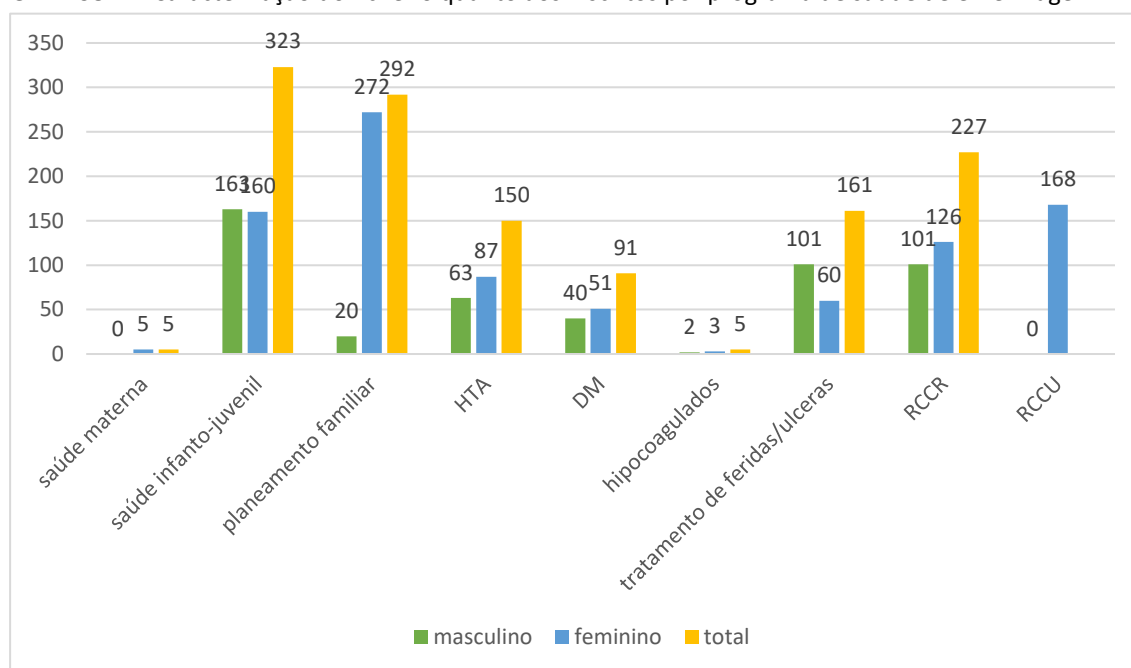


GRÁFICO 2 – Caracterização do ficheiro quanto aos inscritos por programa de saúde de enfermagem



3. A Evolução dos cuidados de saúde primários e a figura do Enfermeiro de Família

De acordo com Alarcão (2002), cada família é única na sua organização e no grau de abertura ao meio envolvente, uma vez que funciona como um sistema dinâmico, estruturado por mecanismos próprios e singulares. Embora influenciada por fatores externos, a família integra essas influências sem depender exclusivamente delas. Neste sentido, a abordagem sistémica revela-se essencial para compreender o funcionamento familiar, enfatizando o equilíbrio entre estabilidade e mudança ao longo do ciclo de vida (Relvas, 2000).

Para que consigamos entender melhor este conceito temos de voltar atrás no tempo e fazer uma espécie de cronograma relativo à história da criação das USF's.

Em 1971 reconheceu-se em Portugal o direito à saúde, efetivado pela criação dos centros de saúde de primeira geração, os quais estavam associados ao que nessa época se entendia por saúde pública — vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e autoridade sanitária (Branco & Ramos, 2001; Monteiro, Pisco, Candoso, Bastos & Reis, 2017).

Após a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 dá-se a criação da segunda geração de centros de saúde em 1983, iniciando, ainda, a nova carreira médica de clínica geral (Branco & Ramos, 2001)

A terceira geração começa a surgir em 1999 após a publicação do Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio que valoriza a descentralização dos cuidados e decisões abrindo espaço para criação de uma nova arquitetura organizacional de Centros de Saúde: USF e Agrupamento de Centros de Saúde.

Em 2005 é o início formal da última reforma marcando assim a terceira geração que organizam a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares (Branco & Ramos, 2001). No que toca às USF's são uma de várias unidades operativas criadas, as quais são compostas por equipas multidisciplinares de constituição voluntária e auto-organizadas, que operam em centros de saúde geridos pelo Estado e dão resposta com autonomia e de um modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas, com especial foco nos cuidados médicos e de enfermagem personalizados (Biscaia & Heleno, 2017).

Dado que, o aumento das necessidades de saúde e bem-estar da população, associados a envelhecimento, carga de doença, aumento da esperança média de vida, assim como crescentes exigências fez com que houvesse a necessidade de o Serviço Nacional de Saúde (SNS) necessitasse de aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 102/2023, 2023). Deste modo estabeleceu-se a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando assim hospitais e centros hospitalares com os Agrupamentos de Centros de Saúde formalizando este novo modelo de organização e funcionamento com o objetivo de reforçar as respostas dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde diferenciados.

Um dos objetivos ainda, da criação destas ULS foi permitir um potencial aumento de 300mil utentes que lhes fosse atribuído um médico de família (SNS, 2024)

Segundo o Relatório de Avaliação de Desempenho e Impacto do Sistema de Saúde (RADIS) em novembro de 2025, demonstra que houve uma diminuição da percentagem de utentes, sem médico de família, inscritos nos cuidados de saúde primários, de 2023 para 2024 de 1.8%. concluindo, assim, que através das ULS houve uma melhoria na cobertura dos cuidados de saúde primários.

Desde os primórdios da enfermagem moderna, Florence Nightingale evidenciava, ainda que de forma implícita, princípios que hoje se reconhecem como basilares da enfermagem de saúde familiar. Embora não utilizasse o conceito de enfermagem familiar, a sua prática e escrituras valorizavam a prestação de cuidados no domicílio, reconhecendo a influência do ambiente doméstico, dos hábitos familiares e do papel dos cuidadores informais na recuperação e manutenção da saúde. Em *Notes on Nursing* (2010), segundo Dossey, Florence dirige-se frequentemente à família, particularmente a quem cuidava do doente em casa, reforçando a importância da ventilação, higiene, alimentação e organização do cuidado no contexto familiar, antecipando uma abordagem contextual e sistémica do cuidado que viria a ser posteriormente desenvolvida na enfermagem de saúde familiar (Nightingale, 1860; Dossey, 2010).

Segundo a declaração de Alma-Ata (1978), devido ao aumento das doenças crónicas e envelhecimento da população houve a necessidade de defender os cuidados de saúde primários na perspectiva de promover os cuidados mais acessíveis, contínuos e centrados na comunidade. (OMS, 1978)

Neste contexto a enfermagem passou a assumir um papel cada vez mais relevante nos cuidados de proximidade, dando ênfase à promoção de saúde e prevenção de doença.

Uma vez que, o enfermeiro generalista, embora detentor de competências par intervir junto de indivíduos e comunidades, começou a evidencia limitações face à complexidade das dinâmicas familiares promoveu um impulsionamento no desenvolvimento de novas competências acrescidas, nomeadamente, especializações de enfermagem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), o enfermeiro de família desempenha um papel fundamental na coordenação dos cuidados, na continuidade assistencial e na capacitação das famílias para a autogestão da saúde e da doença. Esta especialidade exige competências avançadas em avaliação familiar, comunicação terapêutica, tomada de decisão clínica e trabalho em equipa multidisciplinar.

Em Portugal, enfermagem de família está associada à reforma dos cuidados de saúde primários com a criação das USF's, como descrito anteriormente. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), a enfermagem de saúde familiar é reconhecida como uma área de especialização, definindo competências específicas que diferenciam este profissional de um generalista. Interagindo, assim, com a família a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado, de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre a família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, objetivado e planeando intervenções com a família de um modo colaborativo.

Autores como Figueiredo (2012) e Martins (2014) reforçam que o enfermeiro de família não substitui o enfermeiro generalista, mas representa uma evolução da prática de enfermagem, sustentada em conhecimento científico avançado e numa abordagem sistémica da família. Esta evolução contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, para a humanização dos serviços de saúde e para o fortalecimento da autonomia profissional da enfermagem.

4. Fundamentação Teórica

De acordo com Figueiredo (2013, p. 3), a enfermagem de família “é entendida como campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimentos específico. Tem-se desenvolvido no domínio teórico pela emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar (...) enfatizando a família enquanto objeto de estudo”. “(...) constitui-se como uma área específica no contexto geral da enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, numa perspectiva sistêmica dos cuidados” (Figueiredo & Silva Martins, 2010, p 552).

Assim, partindo do conceito de família, Hanson (2005) defende que nas últimas décadas o conceito de família tem vindo a evoluir, permitindo novas concepções de família pelas novas tendências e configurações familiares (Dias, 2011). Independentemente do tipo de família, Hanson (2005) ainda defende que os enfermeiros que trabalham diretamente com as famílias e seus membros, através do contributo de teorias sobre terapias familiares, é um papel muito importante no pensamento da família em enfermagem.

As teorias oferecem estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, dando perspectivas de como visualizar determinada situação, proporcionando simultaneamente, um modo sistemático de colher dados, fase fundamental do processo de enfermagem, permitindo que o planeamento de cuidados e a sua implementação sejam facilitados (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018)..

Relativamente às teorias e modelos de Enfermagem várias foram as teóricas que contribuíram para o desenvolvimento da Enfermagem de Família. De acordo com Figueiredo (2013) as mais relevantes para o desenvolvimento da Enfermagem de Família foram: Imogene King (Teoria da Consecução dos Objetivos), Callista Roy (Modelo de Adaptação), Dorothea Orem (Modelo do Autocuidado), Martha Rogers (Modelo do Ser Humano Unitário), Betty Neuman (Modelo de Sistemas) e Nola Pender (Teoria da Promoção de Saúde).

De uma forma indireta ou direta todas estas teóricas influenciam a nossa prática de enfermagem, orientando a avaliação, a tomada de decisão e a intervenção junto das famílias em cada contexto e fase do ciclo vital.

Imogen King (1981) sustenta a interação do enfermeiro – cliente como processo dinâmico de comunicação, perceção e estabelecimento de objetivos comuns, segundo a sua teoria da consecução de objetivos. Esta teoria influencia a nossa prática ao reforçar a importância da negociação terapêutica com a família, promovendo assim o envolvimento ativo dos membros no planeamento dos cuidados.

Callista Roy (2009) conceptualiza a pessoa e a família como um sistema adaptativo respondendo a estímulos internos e externos através de mecanismos de *coping* segundo o seu modelo de adaptação. Promove, assim, a nossa capacidade na orientação e avaliação das respostas adaptativas da família perante cada transição de desenvolvimento e/ou situação de crise.

O modelo do autocuidado, de Dorothea Orem (2001) enfatiza a capacidade dos indivíduos das famílias para desempenharem ações deliberadas com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem estar.

Influenciando, assim, a prática do enfermeiro ao orientar a identificação de défices de autocuidado e implementando sistemas de enfermagem de apoio.

No que diz respeito à teórica Martha Rogers (1992) através do modelo do ser humano unitário, propõe uma visão holística da pessoa como um campo de energia em interação contínua com o ambiente. A nossa prática vai ser sustentada numa visão geral e não singular, valorizando padrões de interação e contexto sociocultura através da perspectiva da globalidade e complexidade do sistema familiar.

O modelo de sistemas de Betty Neuman (2011) conceptualiza o individuo e família como sistemas abertos sujeitos a fatores de stress que podem afetar a sua estabilidade. Com a capacidade de termos uma relação terapêutica com a família podemos identificar os fatores de risco e os mecanismos de resistência deste sistema familiar contribuindo como um reforço para manter o equilíbrio durante cada evento ou fator adverso e/ou transição.

Nola Pender (2015) centra-se na capacitação das pessoas e dos familiares na adaptação de comportamentos promotores de saúde considerando características individuais, as experiências prévias e as influências interpessoais e situacionais, através da sua Teoria de promoção de saúde. Esta teoria está diretamente modelada para a nossa prática pois permite-nos orientar intervenções focadas na modificação dos estilos de vida, prevenindo a doença e reforçando comportamentos saudáveis no seio familiar.

Assim, estes modelos teóricos fornecem fundamentos epistemológicos que sustentam uma prática sistémica, colaborativa e centrada na família. Todavia, para que esta abordagem se traduza numa avaliação estruturada e numa intervenção organizada e operacional, torna-se pertinente recorrer a modelos específicos de enfermagem de saúde familiar. Neste sentido, emerge o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF), que integra contributos sistémicos, comunicacionais e desenvolvimentais, oferecendo um enquadramento estruturado para a avaliação multidimensional da família e para a implementação de intervenções terapêuticas adequadas às suas necessidades (Wright & Leahey, 2013).

De acordo com Alarcão (2002), cada família é única na sua organização e no grau de abertura ao meio envolvente, uma vez que funciona como um sistema dinâmico, estruturado por mecanismos próprios e singulares. Embora influenciada por fatores externos, a família integra essas influências sem depender exclusivamente delas. Neste sentido, a abordagem sistémica revela-se essencial para compreender o funcionamento familiar, enfatizando o equilíbrio entre estabilidade e mudança ao longo do ciclo de vida (Relvas, 2000).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) integrou, em 2011, o MCAIF como referencial teórico nas práticas de enfermagem de saúde familiar, reconhecendo-o como um instrumento sistematizador de boas práticas, sustentado no pensamento sistémico e num enquadramento epistemológico coerente (Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2023; Figueiredo, 2023). A nível internacional, o modelo é igualmente validado pelo *International Council of Nurses* como um referencial de excelência.

O MCAIF foi desenvolvido em 1984 por Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, enfermeiras canadenses, e estrutura-se em quatro pilares teóricos fundamentais: a Teoria Geral dos Sistemas, a Teoria da Cibernética, a Teoria da Comunicação e a Teoria da Mudança. A Teoria Geral dos Sistemas, de Bertalanffy (2008), propõe conceitos como totalidade, equifinalidade e retroação, que sustentam a compreensão da família como sistema composto por subsistemas e integrado em suprassistemas. Esta visão permite aos enfermeiros identificar padrões relacionais e dinâmicas organizacionais relevantes na prática clínica.

A Teoria da Cibernética reforça a ideia da família como sistema auto-organizado, regulado por mecanismos de feedback que, quando ampliados, podem gerar processos de mudança significativos e imprevisíveis (Alarcão, 2002). Já a Teoria da Comunicação contribui para a análise dos padrões interacionais entre os membros da família, valorizando o contexto e os múltiplos estilos comunicacionais que emergem no seio familiar. Por fim, a Teoria da Mudança oferece um enquadramento para a formulação de intervenções personalizadas, reconhecendo que a mudança depende do significado atribuído ao problema, do contexto e da estrutura familiar (Santos, 2023).

O MCAIF organiza-se em três categorias principais de avaliação: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A avaliação estrutural abrange a estrutura interna (composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), a estrutura externa (rede de suporte e sistemas sociais) e o contexto (etnia, classe social, espiritualidade, ambiente físico) (Wright & Leahey, 2012).

Neste processo, o modelo recorre a dois instrumentos visuais: o Genograma, que permite representar graficamente a estrutura familiar interna e contextual, e o Ecomapa, que avalia a rede de relações externas da família, destacando a intensidade e natureza dos vínculos (Santos, 2023). A análise destes elementos fornece uma visão integrada dos fatores que influenciam o funcionamento familiar.

No que diz respeito ao contexto, a avaliação da classe social, da espiritualidade e do ambiente revela-se essencial para compreender o estilo de vida e as crenças da família, influenciando diretamente a forma como esta lida com situações de saúde e doença (Alves et al., 2019). Avaliam-se também recursos comunitários, acessibilidade a serviços e suporte informal, elementos-chave para planear intervenções efetivas. No que respeita à classe social, para uma avaliação mais efetiva é possível aplicar a escala de *Graffar*. Esta permite avaliar as condições socioeconómicas de uma família com base em 5 itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. A cada item é atribuída uma pontuação consoante a resposta escolhida, resultando num somatório final que coloca a família numa determinada classe social, sendo que quanto mais for o *score* final menor será a classe social a que família pertence. Assim, um somatório final de 5 a 9 pontos corresponde a uma classe alta, 10 a 13 pontos a uma classe média alta, 14 a 17 pontos a uma classe média, 18 a 21 pontos a uma classe média baixa e, por fim, 22 a 25 pontos a uma classe baixa. A cada tipologia de classe, agregam-se, ainda, graus que caracterizam as condições de habitação, sendo que quanto mais elevado for o grau, mais precárias serão estas condições. Desta forma, à classe social alta corresponde o grau 1, à classe alta o grau 2, à classe social média o grau 3, à classe social média baixa o grau 4 e, por fim, à classe social baixa o grau 5 (Figueiredo, Rego & Vitos, 2023).

A avaliação de desenvolvimento foca-se nas tarefas e funções dos membros familiares ao longo das diferentes fases do ciclo vital. Esta análise considera crises normativas (associadas ao ciclo de vida) e não-normativas (eventos inesperados), sendo frequentemente articulada com a recolha da história familiar pelo enfermeiro (Relvas, 2000; Santos, 2023).

Por sua vez, a avaliação funcional incide no comportamento e nas interações familiares, distinguindo entre funcionamento instrumental (atividades do quotidiano) e funcionamento expressivo (comunicação, resolução de problemas, papéis e crenças) (Silva et al., 2009). Esta dimensão permite compreender a dinâmica interna da família e identificar pontos de intervenção relevantes.

Complementarmente, o Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) organiza-se em três domínios de intervenção: cognitivo, afetivo e comportamental. Segundo Wright e Leahey (2013, cit. in Santos, 2023), a eficácia das intervenções de enfermagem depende do equilíbrio entre estes domínios. A alteração num domínio tende a produzir repercussões nos restantes, o que reforça a importância de uma abordagem integrada. Assim, a escolha da intervenção mais adequada deverá ser negociada entre enfermeiro e família, considerando o domínio mais impactado e as necessidades específicas.

Wright e Leahey (2012) sublinham que os enfermeiros têm uma responsabilidade ética e moral de envolver as famílias nos cuidados, uma vez que estas exercem uma influência significativa sobre a saúde e o bem-estar dos seus membros. A evidência aponta para uma associação clara entre o envolvimento familiar e melhores resultados em saúde. Consequentemente, o cuidado centrado na família deve constituir-se como um pilar da prática de enfermagem, sustentado por avaliações rigorosas e intervenções adaptadas ao contexto relacional e emocional de cada família (Relvas, 2000; Wright & Leahey, 2012).

5. Competências enfermeiro especialista em enfermagem comunitária da área de saúde familiar

5.1. Competências comuns

De acordo com o regulamento nº 140/2019 as competências comuns de um enfermeiro especialista são partilhadas por todas as diferentes áreas de especialidade, e que “são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Ainda neste regulamento são definidos quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

5.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício, sendo esses documentos cruciais para o exercício e boa prática da profissão de Enfermagem tanto a nível generalista quanto especialista. O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal espelha a prática do cuidado que respeita, sobretudo, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A ética assume a centralidade das decisões nas quais os enfermeiros se veem envolvidos e estes, enquanto agentes sociais que são, devem-se comprometer com a garantia de uma prestação de cuidados de qualidade aos cidadãos (Mendes, 2009).

Embora as consultas fossem planeadas com o objetivo de capacitar as famílias para a melhoria da sua qualidade de vida, os resultados nem sempre correspondiam às expectativas. Em alguns casos, apesar dos esclarecimentos prestados, as famílias mantinham estilos de vida prejudiciais à saúde. Estas situações, ao confrontarem a autonomia e o contexto familiar com as minhas expectativas profissionais, geravam desmotivação e favoreciam a formulação de juízos de valor. Contudo, este desafio na prática clínica constituiu um catalisador do meu desenvolvimento profissional, levando-me a reforçar a empatia, a adaptar estratégias de comunicação e a refletir criticamente sobre os meus próprios pressupostos. Este processo traduziu-se numa abordagem mais centrada na pessoa e numa prática de cuidados mais consciente, ética e resiliente.

De acordo com o artigo 99º do estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), os enfermeiros deverão exercer a sua profissão de acordo com princípios orientadores, nomeadamente “a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 81). Assim, quando desempenhamos as nossas funções assumimos o compromisso de cuidar do outro, promovendo a qualidade de vida daqueles a quem prestamos cuidados.

Postos estes princípios, a aprendizagem assume-se como um processo contínuo ao longo do percurso profissional. Neste contexto, enquanto estagiário em desenvolvimento de competências, no âmbito das consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar,

implementadas na USFS, tornou-se imperativa a pesquisa de fontes científicas, com o objetivo de colmatar a inexperiência nestas áreas. Estas, pela sua natureza exigente, requerem uma atualização contínua do conhecimento, face à evolução constante da evidência científica, bem como uma elevada capacidade de adaptação às mudanças inerentes ao ciclo de vida e às necessidades individuais de cada pessoa. Este processo permitiu uma colaboração mais significativa com as famílias, bem como a capacitação dos intervenientes para uma tomada de decisão informada no contexto da consulta.

Sendo enfermeiro do sexo masculino em contexto de consultas de planeamento familiar, e perante utentes do sexo oposto, reconheci que esta condição poderia constituir um potencial constrangimento, atendendo à natureza íntima e sensível das temáticas abordadas, nomeadamente no domínio da sexualidade e da saúde reprodutiva. Esta perceção levou-me a refletir criticamente sobre o impacto do género na relação terapêutica, bem como sobre possíveis assimetrias de poder e barreiras à comunicação que poderiam comprometer a livre expressão dos utentes.

Perante esta realidade, procurei adotar uma postura profissional assente na empatia, no respeito pela autonomia e na ausência de juízos de valor, promovendo um ambiente seguro e confidencial. Simultaneamente, reforcei de forma explícita o direito de escolha da utente relativamente ao profissional de saúde.

Este posicionamento permitiu-me não só mitigar potenciais constrangimentos, como também desenvolver competências comunicacionais e relacionais fundamentais para a prática de enfermagem.

Importa ainda salientar que, apesar da consciência destes possíveis constrangimentos, verifiquei que, em diversas situações, a minha presença foi bem aceite e valorizada. Esta evidência levou-me a questionar pressupostos iniciais e a reconhecer que a qualidade da relação terapêutica não depende exclusivamente do género do profissional, sendo antes fortemente influenciada pela postura ética, pela capacidade de estabelecer confiança e pela adequação da comunicação às necessidades individuais de cada utente.

Sendo a população da USFS rica em multiculturalidade, o respeito pelas crenças e valores constituiu um aspeto sensível à minha prática, permitindo desenvolver competências fundamentais enquanto profissional, como fortalecer empatia cultural, capacidade de comunicação e flexibilidade na prestação de cuidados à família. Neste sentido foi crucial debruçar-me sob a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de *Madeleine Leininger*. De acordo com Leininger (1991), “*culturally congruent care is the goal of nursing*”, reforçando que a qualidade dos cuidados está intrinsecamente ligada à capacidade do profissional em integrar o conhecimento cultural na sua prática. Assim, a vivência em contexto multicultural constituiu uma oportunidade de desenvolvimento de competências diferenciadas, nomeadamente ao nível da empatia cultural, da comunicação terapêutica e da flexibilidade na tomada de decisão clínica. Para além disso, implicou um exercício contínuo de reflexão crítica sobre os meus próprios referenciais culturais, promovendo uma prática mais ética, inclusiva e centrada na pessoa e na família.

Deste modo, esta experiência contribuiu significativamente para a consolidação de uma prática de enfermagem culturalmente competente, assente numa perspetiva holística do cuidar. Neste contexto, o reconhecimento e a valorização da diversidade cultural assumem-se como elementos fundamentais para a promoção de cuidados de saúde seguros, eficazes e humanizados.

5.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (p. 4745), emanado pela Ordem dos Enfermeiros, no domínio da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro”.

Neste âmbito da melhoria contínua da qualidade, a minha experiência em contexto de urgência constituiu uma oportunidade de intervenção na organização do material e na gestão de recursos desta unidade, promovendo o seu conhecimento por toda a USFS (Anexo V). Foi identificada a dificuldade em manter o material devidamente organizado, disponível e pronto a utilizar por todos os profissionais, bem como a existência de variabilidade na tipologia de material e a presença de material desnecessário.

Neste sentido, foi elaborado um guia de organização do material, contemplando a identificação dos recursos necessários, prazos de validade, métodos de utilização, reposição e procedimentos de limpeza e desinfeção. Esta intervenção contribuiu para um ambiente mais seguro, eficiente e padronizado.

Na USF existe uma política de partilha de informação e conhecimento, pelo que, sempre que um profissional frequenta formação externa, procede à sua partilha com a equipa. Neste contexto, procurei participar nas reuniões semanais, nas quais são partilhados conhecimentos e discutidas situações clínicas, considerando esta dinâmica uma mais-valia para o desenvolvimento da equipa.

No âmbito da investigação realizada, que será apresentada posteriormente neste documento, considerei pertinente assistir a uma reunião com a equipa de psiquiatria, com o objetivo de melhor compreender as necessidades específicas das famílias acompanhadas. Posteriormente, a informação relevante foi partilhada numa das reuniões semanais da equipa. Esta experiência constituiu um contributo significativo para o meu desenvolvimento profissional e para a consolidação da minha perceção sobre a melhoria contínua da qualidade.

5.1.3 – Gestão dos Cuidados

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da gestão dos cuidados, compete ao enfermeiro gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, bem como a articulação com a equipa multiprofissional. Inclui ainda a adoção de práticas de liderança e gestão de recursos ajustadas às situações e ao contexto, com vista à otimização da qualidade dos cuidados.

No que respeita a este domínio, cada enfermeiro, ao ter um ficheiro de utentes atribuído, gere os cuidados considerando as características da população, as necessidades de saúde e os indicadores definidos. A prestação de cuidados é assegurada aos utentes desse ficheiro, existindo intersubstituição em situações de ausência do enfermeiro de família, garantindo-se assim o acesso contínuo aos cuidados de saúde.

Os enfermeiros assumem um papel central na promoção da saúde, decorrente da proximidade e da relação estabelecida com as famílias. A metodologia de trabalho por Enfermeiro de Família influencia positivamente os ganhos em saúde e o grau de satisfação dos utentes e das famílias, bem como a satisfação profissional. O reconhecimento do enfermeiro como uma figura de referência,

frequentemente procurada como fonte de apoio na resolução de problemas, contribui para a humanização dos cuidados. Neste contexto, a relação terapêutica estabelecida potênciava a adesão às intervenções e reforçava os benefícios da promoção da saúde.

Adicionalmente, a existência de uma carteira de cuidados diferenciada por parte da enfermeira orientadora, nomeadamente na área da ostomia, constituiu uma oportunidade de aprendizagem relevante. A gestão dos cuidados a utentes ostomizados revelou-se uma experiência enriquecedora, não só ao nível da prestação de cuidados, mas também na gestão de recursos e do tempo. O facto de a enfermeira orientadora ser a única especialista nesta área no agrupamento de centros de saúde permitiu a articulação com outros profissionais e unidades, incluindo o contexto hospitalar, sempre que necessário.

A promoção da autonomia e a prevenção de complicações foram igualmente trabalhadas através da educação para a saúde, nomeadamente pela realização de sessões de esclarecimento dirigidas ao utente ostomizado e à sua família/cuidador, incluindo a demonstração de exercícios adequados à sua condição.

5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Benner (2005) refere que, ao iniciar a sua intervenção num serviço desconhecido, o enfermeiro deve basear-se na experiência previamente adquirida como alicerce para o desenvolvimento de competências. A minha experiência profissional decorreu exclusivamente em contexto hospitalar desde a conclusão da licenciatura, o que constituiu, inicialmente, um desafio. No entanto, com o contributo da enfermeira orientadora e da restante equipa de enfermagem, que valorizaram a minha experiência prévia, fui reconhecendo que esta me permitiu desenvolver conhecimentos e capacidades facilitadores do processo de aprendizagem em contexto de cuidados de saúde primários.

Conforme refere Serra (2008), o ensino clínico constitui um espaço privilegiado de prática reflexiva, no qual os estudantes de enfermagem desenvolvem um exercício mental na ação e sobre a ação, afastando-se de uma lógica meramente rotineira e mecanicista.

Nos momentos iniciais do estágio, foi fundamental compreender o método de trabalho implementado na USFS. A diversidade e abrangência dos conhecimentos exigidos constituíram um desafio adicional. A observação e participação nos diversos programas de saúde, aliadas à pesquisa bibliográfica e à análise de estudos científicos, foram cruciais para o meu desenvolvimento.

Apesar do enfoque na família enquanto unidade de cuidados, nem sempre é fácil integrar todos os seus elementos no processo assistencial, uma vez que muitas consultas decorrem de forma individual, limitando o contacto com o restante agregado familiar. Ainda assim, sempre que possível, as visitas domiciliárias revelaram-se de elevado valor formativo, particularmente no que respeita à interação com as famílias e à compreensão do seu meio envolvente.

Conforme referem Wright e Leahey (2013), o domicílio constitui um espaço privilegiado de intervenção em enfermagem de família, permitindo compreender a família enquanto unidade de cuidados no seu ambiente natural e favorecendo uma abordagem holística e centrada nas

suas necessidades reais. Neste sentido, a visita domiciliária ultrapassa a dimensão técnica e o foco exclusivo no indivíduo, promovendo uma prática reflexiva, contextualizada e humanizada.

5.2. Competências específicas

De acordo com o Artigo 3º, do Regulamento 428/ 2018 (p. 19355), das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, são duas as competências específicas inerentes a esta especialidade: “a) 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; b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”.

Na perspetiva de Wright & Leahey (2011, p.28) “... a ênfase da prática de Enfermagem de família ao nível do enfermeiro generalista é a família como contexto” e o foco na família como unidade de cuidados implica a especialização em Enfermagem ao nível sistémico e como tal apenas está ao alcance dos especialistas.

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

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, o enfermeiro, no desenvolvimento desta competência específica, deve considerar a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e intervindo tanto ao nível do sistema familiar como dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e das respetivas transições.

No decurso do estágio, a visita domiciliária revelou-se como o momento privilegiado para o desenvolvimento desta competência, permitindo o contacto direto com a família no seu contexto envolvente. Para além da observação, este contexto possibilitou uma avaliação mais abrangente e contextualizada, sustentando a identificação de necessidades não evidenciadas em contexto institucional e orientando a tomada de decisão clínica. Neste âmbito, intervim de forma dirigida junto de diferentes famílias, priorizando necessidades, adequando estratégias de intervenção e promovendo a capacitação familiar com base nas especificidades de cada situação.

Foi possível constatar, através da comparação entre contextos de intervenção, que em ambiente institucional as famílias tendem a apresentar maior reserva na partilha de informação, enquanto no domicílio se verifica uma maior abertura comunicacional, o que facilitou a identificação de necessidades e a adequação das intervenções. Este dado influenciou a minha prática, reforçando a importância da visita domiciliária como estratégia privilegiada de avaliação e intervenção em enfermagem de família.

Esta proximidade permitiu uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas familiares e das dificuldades vivenciadas, possibilitando a definição de intervenções mais ajustadas e fundamentadas. Num dos casos acompanhados, a observação em contexto domiciliário evidenciou necessidades ao nível socioeconómico e habitacional, o que levou à tomada de decisão de articular com o serviço de assistência social, promovendo uma resposta integrada e adequada às necessidades identificadas.

A prestação de cuidados a famílias com características, estruturas e fases do ciclo vital distintas constituiu um contributo significativo para o meu desenvolvimento. Esta diversidade exigiu a mobilização de diferentes estratégias de intervenção e a adaptação contínua da prática, permitindo consolidar a compreensão da família como um sistema dinâmico, em constante adaptação. De acordo com Wright e Leahey (2013), qualquer alteração num dos elementos da família repercute-se em todo o sistema, o que sustentou a necessidade de desenvolver intervenções simultaneamente dirigidas ao indivíduo e à família como um todo.

Assim, cuidar da família implica intervir simultaneamente ao nível individual e coletivo, promovendo intervenções individualizadas aos diferentes níveis de prevenção — primária, secundária e terciária — ao longo das transições e etapas do ciclo vital.

A prevenção primária centra-se na promoção de saúde e prevenção de doença, capacitando a família para estilos de vida saudáveis. Stanhope e Lancaster (2020) defendem que o enfermeiro assume um papel central na promoção da literacia em saúde e no fortalecimento da autonomia familiar, o que se refletiu na implementação de intervenções educativas e de capacitação dirigidas às famílias acompanhadas.

A prevenção secundária traduz-se na identificação precoce e intervenção atempada de situações de risco ou doença. Segundo Wright e Leahey (2013), a avaliação familiar sistemática permite identificar precocemente alterações no funcionamento familiar ou no estado de saúde de um dos seus membros, orientando a definição de intervenções dirigidas e contextualizadas.

Por fim, a prevenção terciária refere-se à reabilitação e minimização de complicações de uma doença já instalada, promovendo a adaptação familiar às novas condições de saúde. Hanson (2005) reforça que o enfermeiro de família desempenha um papel essencial no fortalecimento das estratégias de coping familiar e na reorganização dos papéis de cada elemento face à doença crónica, aspeto que foi considerado na definição de planos de cuidados centrados na família.

A primeira experiência de avaliação familiar revelou-se particularmente marcante. Tratava-se de uma família na fase “família com filhos pequenos”, com uma criança de seis anos com elevada dependência, associada a múltiplos problemas de saúde. Esta situação gerava sobrecarga significativa e impacto na dinâmica conjugal. Como afirma Alarcão (2002), a crise é simultaneamente ocasião e risco, o que se verificou neste caso. A análise desta situação permitiu identificar, como prioridade clínica, a sobrecarga do cuidador e a disfunção na comunicação conjugal, orientando a intervenção para o suporte emocional e reorganização da dinâmica familiar.

O risco era evidente na fragilidade da relação conjugal e no sofrimento associado à sobrecarga física e emocional. Contudo, este momento de instabilidade constituiu também uma oportunidade de intervenção. Através da intervenção de enfermagem, foi possível promover estratégias de adaptação e reorganização familiar, potenciando a transição para um funcionamento mais equilibrado.

Neste sentido, a realização do processo de enfermagem à família (ANEXO I), com ênfase na avaliação segundo o Modelo de Calgary, constituiu uma mais-valia no desenvolvimento das minhas competências. Este modelo orientou de forma estruturada a avaliação, a identificação de problemas e a definição de intervenções, permitindo uma abordagem sistematizada e centrada na família. Apesar das dificuldades iniciais na condução das entrevistas, decorrentes da natureza sensível das questões e

da relação ainda em construção, foi possível, progressivamente, estabelecer confiança e implementar intervenções adequadas.

Destaca-se a articulação com diferentes profissionais e serviços, nomeadamente com a escola, a equipa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a área da psiquiatria, promovendo uma abordagem integrada. Assumi um papel ativo na mobilização destes recursos, reconhecendo a importância da articulação interprofissional na resposta às necessidades complexas da família. Adicionalmente, foram identificadas necessidades ao nível da saúde mental e da situação socioeconómica da mãe, tendo sido encaminhada para acompanhamento especializado, o que contribuiu para a melhoria da sua situação pessoal e familiar.

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

Esta competência específica, de acordo com o Regulamento nº 428/2018 (p. 19358), tem como descritivo que “o enfermeiro gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família”.

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a gestão organizacional assume um papel determinante, tanto para os profissionais como para os utentes. Neste nível de cuidados, privilegia-se um modelo de gestão horizontal, assente na partilha de responsabilidades, na autonomia profissional e na tomada de decisão colaborativa. Starfield (1998) defende que os CSP eficazes se baseiam na coordenação, continuidade e trabalho interdisciplinar, elementos fundamentais para estruturas organizacionais mais colaborativas. Neste enquadramento, a prática desenvolvida exigiu a mobilização destes princípios, nomeadamente na articulação entre diferentes profissionais e na gestão integrada das necessidades das famílias acompanhadas.

O enfermeiro especialista em saúde familiar assume também um papel relevante na referência e articulação com diferentes recursos e instituições. Neste âmbito, tive a oportunidade de referenciar uma família para descanso do cuidador (Anexo II), decisão sustentada pela identificação de sobrecarga do cuidador e risco de exaustão, permitindo ao cuidador usufruir de períodos de descanso devidamente regulamentados. Esta intervenção implicou a avaliação da elegibilidade, o conhecimento dos recursos disponíveis e a articulação com os serviços competentes, evidenciando o papel ativo na gestão e mobilização de recursos. Este tipo de intervenção evidencia a importância do conhecimento dos recursos disponíveis e o seu impacto na qualidade de vida do utente e da família.

Ainda no âmbito da intervenção comunitária, tive a oportunidade de participar, a convite da enfermeira orientadora, numa iniciativa promovida por alunos da Escola Secundária Engenheiro Acácio Calazans Duarte, intitulada “Ciclos de Debate sobre Sexualidade” (Anexo III). Para além da participação, contribui para a dinamização da sessão, adequando a comunicação ao público-alvo e promovendo a literacia em saúde numa temática sensível. Esta experiência reforçou a importância da empatia e da capacidade de comunicação dos enfermeiros, bem como o seu papel na promoção da literacia em saúde. Conforme refere Gottlieb (2016), o conhecimento pode ter diversas origens, sendo fundamental que o enfermeiro sustente a sua prática na evidência científica, articulando-a com valores, crenças e experiências.

No âmbito da estomaterapia, tive igualmente a oportunidade de, em conjunto com a enfermeira orientadora, dinamizar uma sessão educativa dirigida a utentes portadores de estomia e seus cuidadores. A necessidade desta intervenção foi identificada a partir da observação de dificuldades recorrentes relacionadas com a adaptação à estomia, nomeadamente ao nível do autocuidado e da gestão emocional. Considerando que a sobrecarga do cuidador e a falta de informação constituem fatores geradores de stresse, esta intervenção permitiu abordar, de forma estruturada e participativa, temas como tipos de estomia, cuidados de higiene, alimentação, sexualidade, reintegração social e atividade física.

A participação dos familiares revelou-se fundamental, promovendo a partilha de conhecimentos, o apoio emocional e a corresponsabilização no processo de adaptação. Esta abordagem permitiu não só a transmissão de informação, mas também a capacitação efetiva dos cuidadores, promovendo maior autonomia na gestão do regime terapêutico. Esta intervenção reflete o papel do enfermeiro de família na capacitação dos utentes e cuidadores e na promoção de cuidados contínuos e individualizados (Anexo IV).

Para a concretização desta atividade, foi realizada pesquisa de evidência científica que sustentasse a informação transmitida. A seleção dos conteúdos teve por base a pertinência clínica e as necessidades identificadas, garantindo a adequação da intervenção ao grupo-alvo. Foi ainda disponibilizado um espaço para a realização de exercícios específicos de fortalecimento da musculatura abdominal, incentivando simultaneamente a partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas.

Destaca-se, por fim, a continuidade desta intervenção, com a previsão de novas sessões e acompanhamento em contexto de consulta, reforçando a importância da continuidade de cuidados e da monitorização dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções implementadas.

6. Prática especializada baseada na evidência

A prática de enfermagem assenta na integração da melhor evidência científica disponível, o que justifica o seu carácter dinâmico e em constante desenvolvimento. Neste sentido, também os profissionais devem acompanhar esta evolução, atualizando continuamente os seus conhecimentos e competências.

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, esta abordagem assume particular relevância, uma vez que o enfermeiro intervém junto de sistemas complexos, como a família, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.

Durante o estágio, emergiu a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre realidades específicas da população da USFS. Assim, o presente capítulo apresenta a prática especializada baseada na evidência, estruturando-se em duas componentes complementares: por um lado, a análise da prevalência e do perfil das crianças com necessidades de saúde especiais (NSE) na USF; por outro, a avaliação e intervenção familiar numa família com uma criança com NSE, nomeadamente com perturbação do espectro do autismo (PEA).

6.1. Estudo 1 “Prevalência observada e perfil das crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) na USF S”

Na União Europeia, em 2021, a percentagem de crianças com menos de 16 anos que reportavam limitações na sua atividade relacionada com condições de saúde era de 4,4%, das quais 1% reportava limitação severa (Eurostat, 2023).

Apesar da prevalência relativamente baixa reportada na população geral, as crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) representam um grupo com elevada complexidade assistencial e impacto significativo no contexto familiar. A presença de uma criança com NSE implica, frequentemente, alterações profundas na dinâmica familiar, exigindo processos contínuos de adaptação por parte dos seus membros

Estudos apontam que estas famílias experienciam desafios acrescidos ao nível da organização do quotidiano, gestão do tempo, conciliação entre vida profissional e prestação de cuidados, bem como sobrecarga física e emocional dos cuidadores, particularmente do cuidador principal (Cousino, K. & Hazen, A., 2013). Este contexto pode comprometer a coesão familiar, influenciar negativamente a qualidade das relações intrafamiliares e gerar dificuldades na comunicação e na distribuição de papéis. Por outro lado, a adaptabilidade familiar é constantemente testada, sendo necessária a mobilização de estratégias de coping para lidar com a imprevisibilidade e exigência associadas às condições de saúde da criança (Patterson, M., 1988).

Adicionalmente, estas famílias encontram-se, muitas vezes, em situação de vulnerabilidade social, com redes de apoios limitadas e necessidades que nem sempre são identificadas pelos serviços comunitários. Esta realidade reforça a importância de uma abordagem centrada na família, que reconheça a criança no seu contexto sistémico e promova intervenções ajustadas às necessidades identificadas para cada elemento.

Neste sentido, a estimativa da prevalência de crianças com NSE neste contexto de USF assume particular relevância. O Conhecimento do número real de crianças com estas características permite-

nos adequar, organizar e direcionar os cuidados, promovendo assim uma gestão eficaz do tempo e dos recursos, capacitando as famílias e permitindo que se construa um retrato mais fiel às necessidades da população.

6.1.1. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva, que visa estimar a prevalência observada e caracterizar o perfil das crianças com Necessidade de Saúde Especiais (NSE), com base nos dados recolhidos em contexto real de consulta.

Este instrumento de rastreio, dirigido à família/pais/tutores, permite identificar crianças com necessidades acrescidas de cuidados de saúde em cinco domínios: uso de medicação contínua; necessidade de serviços terapêuticos ou educativos; frequência elevada de acompanhamento clínico; limitações funcionais e necessidade de cuidados acima do esperado para a idade.

O *screener* será aplicado de forma sistemática a todos os cuidadores que acompanham crianças à consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil durante o período de estudo, numa amostragem por conveniência. Assim, os resultados obtidos permitirão calcular uma prevalência observada no grupo avaliado, reconhecendo-se que esta não apresenta necessariamente a totalidade da população pediátrica inscrita na USFS.

Adicionalmente, o *screener*, possibilita caracterizar sob o ponto de vista dos diferentes domínios (Dependência; Utilização de Serviços; Limitações Funcionais; Dependência e Utilização de Serviços; Dependência e Limitações Funcionais; Utilização de Serviços e Limitações Funcionais e Dependência, Utilização de Serviços e Limitações Funcionais).

Mediante a avaliação efetuada desenvolver-se-á o estudo de caso focado em uma família específica que possa permitir a compreensão mais aprofundada sobre as necessidades existentes, com a possibilidade de desenvolver uma intervenção ajustada e construída em parceria com a família, na medida das suas expectativas e objetivos e no sentido de dar resposta às suas necessidades de saúde familiar.

6.1.2. Objetivos

Mediante esta realidade procedeu-se ao estudo através da aplicação mencionada anteriormente com os seguintes objetivos gerais: objetivo geral 1 - Identificar crianças com necessidades de saúde especiais na USFS; objetivo geral 2 - Avaliar a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade de uma família com uma criança com PEA. Como objetivos específicos temos: objetivo específico 1 - Descrever as principais condições de saúde e caracterizar as necessidades presentes nas crianças com NSE identificadas na USFS, incluindo o tipo de condição, tempo de diagnóstico, uso de medicação, uso de serviços de saúde e terapias e alterações na funcionalidade, através da aplicação do *Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener*; (Pires et al., 2026) objetivo específico 2 - Caracterizar a nível sociodemográfico as crianças com NSE identificadas na USFS; objetivo 3 . Caracterizar as crianças com NSE identificadas na USFS sob o ponto de vista dos domínios de dependência, utilização de serviços e limitações funcionais; objetivo específico 5 - Analisar as dimensões avaliadas pelos instrumentos utilizados, identificando fatores de risco e proteção no contexto familiar, nomeadamente o apoio emocional e afetivo, a adaptação e resolução de problemas, a participação e coesão familiar e a comunicação e funcionamento interno, numa família com criança com PEA identificada na USFS.

6.1.3. Resultados

Com o uso do *Screener* CSHCN para que uma criança seja considerada como tendo NSE é preciso que tenha respondido “sim” em pelo menos uma das questões apresentadas no questionário: “A sua criança necessita ou toma atualmente medicamentos prescritos por um médico (além de vitaminas)?”; “A sua criança necessita ou usa mais cuidados de saúde, de saúde mental ou de educação que a maioria das crianças da mesma idade?”; “A sua criança tem alguma limitação ou incapacidade para fazer alguma atividade que a maioria das crianças da mesma idade consegue fazer?”; “A sua criança necessita de fazer ou faz terapia específica, como fisioterapia, terapia ocupacional ou terapia da fala?”; “A sua criança tem problema emocional, de desenvolvimento ou de comportamento que precise de tratamento ou acompanhamento?”.

Através do uso da aplicação *IBM SPSS Statistics*, conseguimos distinguir que das 19 respostas ao questionário, 6 crianças são consideradas crianças com NSE (tabela 1).

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Não	10	52.6%	52.6%
Sim	9	47.4%	47.4%
Total	19	100.0%	100.0%

Nesta tabela conseguimos ver que dos 19 inquiridos na USFS 10 não apresentam qualquer NSE enquanto 9 dessas famílias sim.

O que significa que, perante um estudo de 19 inquiridos, em que 9 dessas famílias apresentam uma criança com NSE pode apresentar complicações no desenvolvimento físico, emocional e comportamental logo 47.4% das crianças na USFS, mediante uma amostra de 19 crianças, estão em risco de ser comprometido o seu desenvolvimento.

De forma que consigamos ter uma visão mais aprofundada das crianças com NSE implementamos no questionário uma questão relativa à condição médica e diagnóstico médico.

Condições	Frequência	Percentagem
Sem Condição	11	57.9%
Condições do aparelho respiratório	2	10.5%

Condições do aparelho respiratório; Outros	1	5.3%
Outras	2	10.5%
Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento	2	10.5%
Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento; Condições do sistema nervoso	1	5.3%
Total	19	100.0%

Diagnósticos	Frequência	Percentagem
Sem diagnósticos	16	84.2%
Asma	1	5.3%
Eczema	1	5.3%
Hipertrofia das amígdalas e adenoides	1	5.3%
Total	19	100.0%

Segundo o que conseguimos ver na 2ª tabela relativamente às condições deparamo-nos com 11 famílias, das 19 inquiridas, que não apresentam qualquer condição específica, enquanto que, 8 delas apresentam, nomeadamente, 2 famílias com crianças com condições no aparelho respiratório, 1 família com criança com condições do aparelho respiratório e outras, 2 famílias com outras condições, 2 famílias com transtornos mentais, comportamentais ou do desenvolvimento e 1 família com transtornos mentais, comportamentos ou do desenvolvimento e condições do sistema nervoso.

Mediante as 3 famílias que responderam “outros” foi pedido que descrevessem qual é o diagnóstico médico: 1 família tem criança com Asma; 1 família com Eczema e 1 família com Hipertrofia das amígdalas e adenoides.

Segundo estas duas tabelas podemos concluir que Condições do aparelho respiratório e Transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento são os principais na USFS e que, em 19 famílias, 11 carecem de maior cuidados nesse sentido.

Uma componente particular desse *screening* é que temos a possibilidade de fazer um estudo a nível dos domínios de dependência, utilização de serviços e limitações funcionais, assim como as famílias que têm mais que uma particularidade dessas a nível de domínios.

O próximo esquema conclui esse estudo:

Dependente de Medicação	Frequência	Percentagem
Não	13	68.4%
Sim	6	31.6%
Total	19	100.0%

Utilização de Serviços	Frequência	Percentagem
Não	15	78.9%
Sim	4	21.1%

Total	19	100.0%
-------	----	--------

Limitações Funcionais	Frequência	Percentagem
Não	18	94.7%
Sim	1	5.3%
Total	19	100.0%

Dependência de Medicação; Utilização de Serviços; Limitações Funcionais	Frequência	Percentagem
Não	18	94.7%
Sim	1	5.3%
Total	19	100.0%

O CSHCN *Screenner* baseia-se em cinco áreas de necessidades de saúde, que são operacionalizadas em três domínios conceptuais: dependência de medicação, utilização de serviços acima do habitual e limitações funcionais. Estes domínios não são mutuamente exclusivos, podendo uma criança apresentar múltiplas necessidades simultaneamente. Assim, para efeitos analíticos, é possível estudar diferentes combinações entre domínios, originando até sete categorias distintas de classificação, o que permite uma caracterização mais detalhada da complexidade das necessidades de saúde da criança. Nesse sentido decidimos incluir em 7 grupos distintos: Dependência; Utilização de Serviços; Limitações Funcionais; Dependência e Utilização de Serviços; Dependência e Limitações Funcionais; Utilização e Limitações Funcionais e, por último, dependência, Utilização de Serviços e Limitações Funcionais

Conseguimos, então, constatar que das 19 famílias inquiridas, 6 são dependentes de medicação, 4 utilizam mais o serviço que o habitual e 1 família apresenta criança com limitações funcionais. Apenas 1 das famílias apresenta os 3 domínios presentes. No total, concluímos que das 19 famílias, apenas 11 estão dentro de 1 dos domínios e 1 família está dentro dos 3 domínios.

Podemos concluir que na USFS as crianças apesar de terem necessidade especiais não acumulam múltiplos impactos, isto é, têm menor complexidade clínica comparando com outras realidades pois apresentam apenas 1 dos domínios afetados. Verificou-se, ainda, um predomínio do domínio de dependência de medicação, o que poderá refletir a presença de condições de saúde controladas farmacologicamente, com menor impacto funcional e menor necessidade de utilização intensiva de serviços de saúde. Por outro lado, a baixa frequência de limitação funcional indica um reduzido impacto nas atividades do dia-a-dia, reforçando a heterogeneidade da população estudada e a existência de diferentes níveis de necessidade dentro das crianças com necessidades especiais de saúde.

Estes resultados reforçam a importância de analisar os domínios individualmente, uma vez que a classificação global pode ocultar diferenças relevantes na complexidade das necessidades de saúde.

6.1.4. Discussão

Segundo a análise dos dados colhidos na USFS, através da aplicação do CSHCN Screener, verificou-se uma prevalência de crianças com NSE de 47,4%, um valor que evidencia a relevância desta problemática no contexto específico da unidade em estudo. Contudo, este resultado deve ser interpretado com cautela, atendendo às características da amostra, nomeadamente à sua reduzida dimensão (n=19) e ao método de seleção por conveniência, o que limita a possibilidade de generalização para a população pediátrica global da USF ou para outros contextos.

Ainda assim, este valor sugere que uma proporção significativa das crianças acompanhadas apresenta vulnerabilidades com potencial impacto no funcionamento familiar e nas necessidades de cuidados. Este dado reforça a importância de estratégias sistematizadas de identificação precoce, particularmente em contextos onde a avaliação pode ser condicionada pelo tempo disponível em consulta.

Perante a análise por domínios, verificou-se que o impacto das NSE se manifesta predominantemente na dependência de medicação. Este achado pode indicar que, embora exista presença de doença crónica, a mesma se encontra relativamente controlada do ponto de vista clínico, o que levanta a hipótese de uma gestão terapêutica eficaz. No entanto, importa considerar que a dependência de medicação, por si só, não reflete a totalidade da complexidade das necessidades destas crianças e famílias, podendo coexistir outras dimensões menos evidentes, como o impacto emocional, social ou funcional.

Do ponto de vista da prática clínica, estes resultados permitem ao enfermeiro de família diferenciar níveis de necessidade e ajustar a intensidade da vigilância e intervenção. A identificação de crianças com maior dependência terapêutica pode orientar a priorização de cuidados, bem como a implementação de estratégias de monitorização mais próximas e intervenções educativas dirigidas às famílias.

Apesar disso, a reduzida dimensão da amostra constitui uma limitação relevante do estudo, uma vez que aumenta a suscetibilidade a variações aleatórias e pode enviesar a estimativa da prevalência

observada. Adicionalmente, o facto de se tratar de uma amostragem por conveniência pode introduzir viés de seleção, não garantindo que a amostra seja representativa da população total de crianças inscritas na USFS.

Acresce ainda a possibilidade de viés de informação, dado que o instrumento depende da percepção dos cuidadores, podendo existir sub ou sobrevalorização de determinadas condições. Estas limitações condicionam a robustez dos resultados e devem ser consideradas na interpretação dos dados e na formulação de conclusões.

Ainda assim, a utilização do CSHCN Screener demonstrou ser uma ferramenta útil em contexto clínico, permitindo uma triagem estruturada e rápida. A sua aplicação sistemática poderá contribuir para uma identificação mais consistente de crianças com necessidades acrescidas, reduzindo o risco de subdiagnóstico em contexto de consulta de rotina e promovendo uma abordagem mais diferenciada e centrada na família.

6.1.5. Conclusão

O presente estudo permitiu atingir os objetivos propostos, traçando um diagnóstico real das crianças com NSE na USF e aprofundando o impacto destas condições na dinâmica familiar. A utilização do instrumento CSHCN *Screener* revelou-se determinante, permitindo identificar que 47,4% das crianças apresentam necessidades específicas, com um predomínio de patologias do foro respiratório e do neurodesenvolvimento que são maioritariamente orientadas através de medicação crónica. O presente estudo permitiu atingir os objetivos propostos, traçando um diagnóstico real das crianças com NSE na USF e aprofundando o impacto destas condições na dinâmica familiar. A utilização do instrumento CSHCN *Screener* revelou-se determinante, permitindo identificar que 47,4% das crianças apresentam necessidades específicas, com um predomínio de patologias do foro respiratório e do neurodesenvolvimento que são maioritariamente orientadas através de medicação crónica.

Conclui-se que, embora a maioria destas crianças apresente uma complexidade clínica moderada, focada essencialmente na dependência de medicação, existe uma parte da população que enfrenta limitações funcionais graves.

Como limitação, aponta-se o tamanho reduzido da amostra, sugerindo-se para estudos futuros a aplicação deste rastreio a uma escala mais alargada na USFS.

6.2. Estudo 2 “Avaliação e Intervenção familiar: família com filho com PEA”.

Existem estudos debruçados na perturbação do espectro autista (PEA), que ainda apresenta uma prevalência relevante na população. A PEA é uma perturbação complexa do desenvolvimento com desafios persistentes em comunicação social, interesses restritos e comportamento repetitivo. É variável de indivíduo para indivíduo, no entanto, é considerado uma condição para toda a vida (American Psychiatric Association [APA], 2024). Segundo um estudo realizado nos Estados Unidos da América em 2022, o autismo ainda apresenta uma prevalência de 32,2 em cada 1000 crianças (1 em cada 31) (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Já em Portugal, segundo um congresso realizado em abril de 2025 em Lisboa, estima-se que existam mais de 60 mil pessoas autistas (Fórum Hospital do Futuro, 2025). Não se sabe ainda a causa principal desta perturbação, mas tem sido acumulado evidência que fatores genéticos, exposição ambiental (consumos ilícitos e medicação) podem contribuir para o aparecimento desta perturbação (Rasga et al., 2023).

6.2.1. Metodologia

Este estudo de caso tem uma metodologia do foro exploratório com a aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, escala de APGAR familiar, Escala de Risco Familiar García-González e Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer que foi aplicada a uma família do estudo.

No que toca ao estudo de caso focado na criança com PEA oferece uma análise qualitativa. Enquanto a amostra geral da USF demonstra baixa complexidade a família estudada revela um impacto cumulativo de múltiplos domínios afetados. A aplicação do Modelo de Calgary foi fundamental, permitindo o estudo aprofundado de uma família com criança com NSE e, também, uma série de condições que, por sua vez, não permitem uma abordagem simples para uma ajuda eficaz por parte da enfermagem de família.

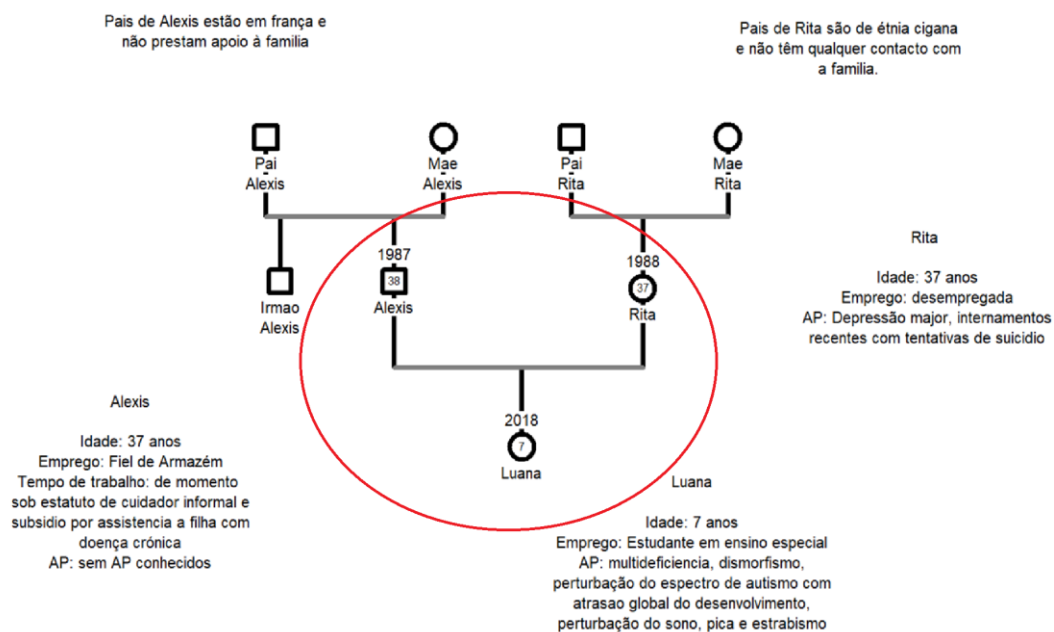
A PEA sendo uma condição para toda a vida, com os desafios presentes nesta família em termos de comunicação, comportamental e afetivo, bloqueiam o desenvolvimento familiar pela dependência da criança e relacionamento familiar. Esta realidade valida a necessidade de planos de cuidados que não se limitem à criança, pai e mãe mas que restructurem todo os elementos da família de um modo conjunto.

6.2.2. Objetivos

Dadas as possíveis fragilidades mediante a realidade desta família definiu-se que os objetivos seriam: Aplicar instrumentos padronizados de avaliação familiar a uma família de criança com PEA identificada na USFS, nomeadamente o APGAR Familiar, a Escala de Risco Familiar de Segovia-Dreyer, a Escala de Risco Familiar de García-González e Enquadrar a avaliação familiar segundo o MCAIF, descrevendo aspetos relativos à estrutura, desenvolvimento e funcionamento, numa família com criança com PEA identificada na USFS.

6.2.3. Resultados

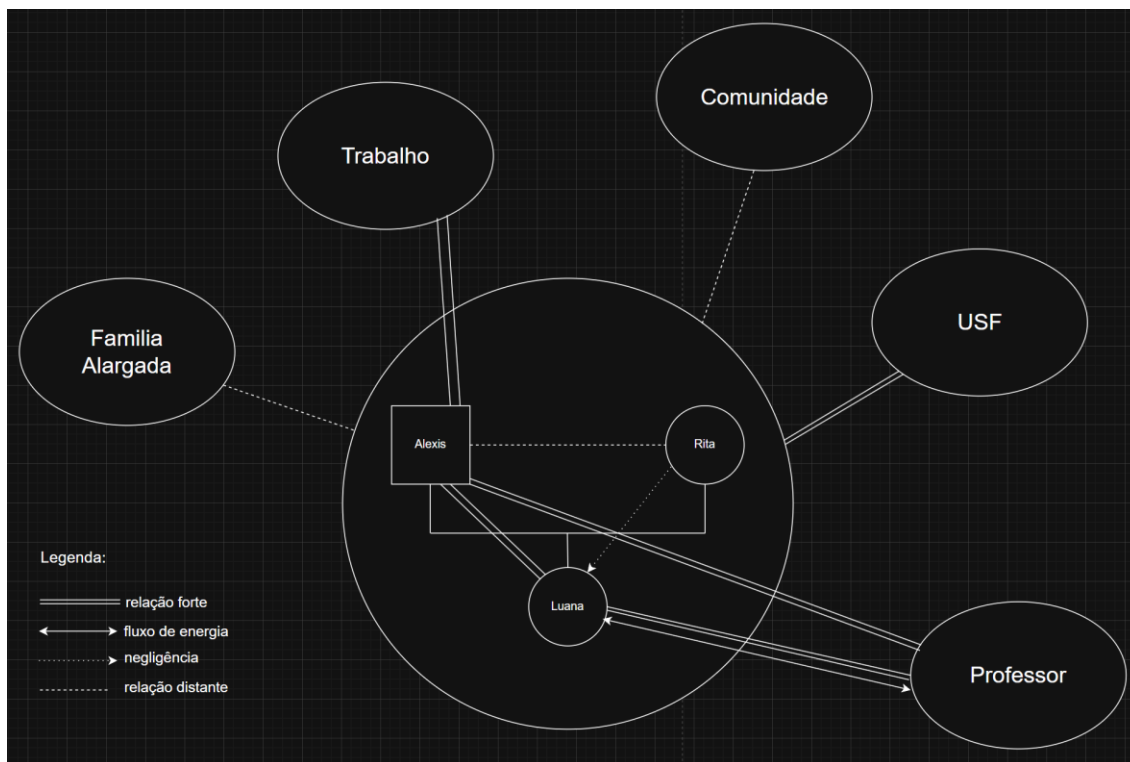
A avaliação familiar evidenciou múltiplas vulnerabilidades nos diferentes domínios analisados. A nível estrutural, identificou-se uma família nuclear com fraco suporte social e inserida num contexto socioeconómico desfavorável, com condições habitacionais precárias.



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

Classe Social
MÉDIA BAIXA

No domínio do desenvolvimento, a família encontra-se na fase de “família com filhos pequenos”, apresentando dificuldades na adaptação às exigências associadas à condição de saúde da criança. Verificaram-se vínculos frágeis entre os elementos do casal, contrastando com uma relação forte entre o pai e a criança, sendo este o principal cuidador



Na parte Funcional concluímos que as atividades de vidas diárias estão gravemente afetadas: A criança apresenta dependência total; a mãe apresenta dificuldades no autocuidado e na manutenção da rotina doméstica e no papel de progenitora; o pai está sobrecarregado e impossibilitado de se desenvolver. A comunicação disfuncional entre o casal com predomínio de cansaço e frustração fazem com que haja ainda mais incapacidade de se reconstruírem como família.

Com base nestes achados, foram identificados múltiplos diagnósticos de enfermagem, destacando-se: parentalidade comprometida, burnout do cuidador, comunicação familiar comprometida, apoio social diminuído e adaptação comprometida. Foram delineadas intervenções dirigidas à capacitação parental, reorganização da dinâmica familiar, promoção do suporte social e articulação com recursos comunitários.

6.2.4. Discussão

Os resultados obtidos neste estudo familiar evidenciam a complexidade do sistema familiar em análise, caracterizado por múltiplas necessidades interdependentes, tanto ao nível individual como relacional. A avaliação realizada, com base no Modelo de Calgary, permitiu identificar áreas de disfunção, nomeadamente ao nível da comunicação familiar, da sobrecarga do cuidador e da fragilidade da rede de suporte social, condicionando o funcionamento global da família.

A fragilidade da rede de apoio social e familiar identificada neste caso reforça a importância da intervenção dos cuidados de saúde primários na articulação com recursos comunitários e institucionais, assumindo o enfermeiro de família um papel central na mobilização desses recursos e na promoção de suporte estruturado à família. A sobrecarga do cuidador principal emerge como um dos principais desafios desta família, com impacto significativo no seu bem-estar físico e emocional, bem como na dinâmica familiar.

Adicionalmente, os resultados evidenciam a necessidade de intervenções focadas na comunicação familiar, suporte emocional e capacitação dos cuidadores, especialmente em situações de doença crónica e dependência. A identificação destas necessidades orientou a definição de intervenções dirigidas à melhoria da interação entre os membros da família, ao reforço das estratégias de coping e à promoção da autonomia na gestão do regime terapêutico.

Estratégias de coping e o acesso a períodos de descanso do cuidador assumem-se como intervenções prioritárias, permitindo mitigar a sobrecarga e promover o equilíbrio do sistema familiar.

Em suma, a intervenção de enfermagem constitui um elemento essencial na resposta às necessidades destas famílias, na medida em que, através de uma abordagem sistémica e centrada na família, possibilita não só a identificação de problemas, mas também a implementação de intervenções ajustadas e sustentadas, contribuindo para a melhoria do funcionamento familiar e para a promoção de ganhos em saúde.

6.2.5. Conclusão

O estudo de caso realizado demonstrou que diagnósticos como PEA exigem uma abordagem que vai além do cuidado individual, uma vez que comprometem as tarefas de desenvolvimento de todo o sistema familiar, gerando sobrecarga nos cuidadores e disfuncionalidade em todos os elementos da família.

A aplicação do Modelo de Calgary e das escalas de risco familiar, como Segovia-Dreyer e Garcia-González, evidenciou que o enfermeiro de família desempenha um papel fulcral na identificação precoce de vulnerabilidades. É imperativo que a prática de enfermagem seja baseada na evidência e utilize ferramentas de rastreio sistemático para garantir que as famílias com maior índice de risco recebam intervenções ajustadas nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental.

7. Conclusão

O presente relatório representa o culminar de um percurso académico complexo, multifacetado, exigente e muito enriquecedor, do ponto de vista pessoal e profissional. Procurei que este documento, além de um requisito de avaliação, fosse também um relato fidedigno do percurso desenvolvido e do seu contributo no desenvolvimento pessoal e das competências especializadas inerentes à Enfermagem Especializada na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A profissão de Enfermagem é exigente, rica em experiências e desafios constantes, o que impõe aos profissionais uma constante atualização de conhecimentos e reflexão acerca das suas práticas, na procura de um cuidar de excelência.

Na realização deste relatório tive presente os objetivos preconizados, procurando descrever aquelas que foram as minhas atividades, de forma crítica e reflexiva, as quais levaram ao desenvolvimento das diversas competências necessárias à prática de cuidados enquanto futuro Enfermeiro Especialista. Ciente de que o percurso foi enriquecedor, mas não isento de obstáculos, considero que as principais dificuldades sentidas foram inerentes à gestão do tempo, na conciliação entre a minha vida pessoal, profissional e académica.

Importa salientar o papel determinante da Prática Baseada na Evidência ao longo deste percurso, enquanto elemento orientador da tomada de decisão clínica e da prestação de cuidados especializados. A integração da melhor evidência científica disponível, aliada à experiência adquirida em contexto clínico e às necessidades específicas das famílias, permitiu desenvolver intervenções mais adequadas, seguras e eficazes. Este processo contribuiu não só para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também para o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, essencial à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Assim, reconheço a PBE como um instrumento indispensável para a evolução contínua da prática profissional e para a promoção de ganhos efetivos em saúde junto de cada família.

Considero que fui persistente, resiliente e dedicado durante esta caminhada e que a reflexão e autoavaliação foram parte fundamental neste processo evolutivo e na forma de ultrapassar as dificuldades encontradas. Verificou-se que no culminar desta caminhada, desenvolvi também imensas competências pessoais que me enriqueceram indubitavelmente enquanto profissional e ser humano.

Os estágios contribuíram para o processo de aprendizagem no que toca a prestação de cuidados em proximidade com as famílias assim como na avaliação e atuação mediante cada realidade familiar. O uso do Modelo de Calgary foi fundamental na implementação de cuidados especializados para cada família.

Como forma de finalização sinto-me feliz por ter ingressado neste mestrado com o intuito de fornecer aos familiares que prestarei cuidados informações especializadas e métodos de intervenção que outrora não teria conhecimento e não teria capacidade de o fazer. Foi bastante enriquecedor e perante as realidades que vivenciei não à nada melhor que ouvir um “Obrigado por tudo Sr. Enfermeiro” no término de uma consulta ou até mesmo de uma conversa na rua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2002). *Desequilíbrios Familiares*: Uma visão sistémica (2a Edição). Quarteto Editora.

Alves, A. M. P. D. M., Costa, S. F. G. D., Fernandes, M. A., Batista, P. S. D. S., Lopes, M. E. L., & Zaccara, A. A. L. (2019). Communication in Palliative Care: A Bibliometric Study / Cuidados Paliativos e Comunicação: Estudo Bibliométrico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(2), 524–532. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.524-532>

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Bertalanffy, L. (2008). *Teoria Geral dos Sistema*. Editora Vozes.

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). *A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora*. *Ciência & Saúde Coletiva*. Acedido a 27 de janeiro de 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>

Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5-12.

Convenção Nacional da Saúde – CNS. (2025). *Relatório de Avaliação de Desempenho e Impacto do Sistema de Saúde (RADIS 2025)*. Acedido em 25 de janeiro de 2026. Disponível em <https://cnsaude.pt/wp-content/uploads/radis-2025.pdf>

Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). *Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review*. *Journal of Pediatric Psychology*. Acedido a 22 de fevereiro de 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>

Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social (2016-2019) – Plano de Desenvolvimento da RNCCI. Acedido a 27 de maio de 2025. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019/c5053a1b-582a-40f0-b601-cc1bb6f29a6e>.

Decreto-Lei n.º 71/2019 da Assembleia da República (2019). *Diário da República* nº 101/2019, Série I de 2019-05-27. Acedido a 2 de novembro de 2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Decreto de Lei nº 73/2017 da Assembleia da República (2017). *Diário da República* nº 118/2017, Série I de 2017-06-21, páginas 3128-3140. Acedido a 15 de maio de 2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

Decreto Lei nº 101/2006. Cria a rede nacional de cuidados continuados integrados. Ministério da Saúde. Acedido a 27 de maio de 2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Decreto-Lei n.102/2023 (2023). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*. (2023). Acedido a 28 de janeiro.2026. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>

Decreto-Lei n.º 103/2023 da Assembleia da República (2023). *Diário da República* nº 215/2023, Série I de 2023-11-07. Acedido a 2 de novembro de 2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Decreto-Lei nº 157/99 do Ministério da Saúde(1999). Acedido a 27 de janeiro de 2026. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/157-1999-331179>.

Decreto-Lei nº 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 República* n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22. Retrieved from: <https://www.simedicos.pt/pt/servico-juridico/legislacao/decreto-lei-n-298-2007>

- Dossey, B. M. (2010). *Notes on Nightingale: The influence and legacy of a nursing icon*. Springer Publishing Company.
- Enfermeiros, O. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Figueiredo, M. H. D. J. S. (2010). Enfermagem de família: Um contexto do cuidar
- Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Enfermagem de saúde familiar: um modelo de cuidados centrados na família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M, H., Rego, R., & Vitor, C. (2023). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Em M. Néné & C. Sequeira, *Enfermagem de Saúde Familiar* (1a Edição, pp. 353-356). Lidel.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidata.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (3rd ed.). F.A. Davis.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Wiley.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Martins, M. M. F. P. S. (2014). Enfermagem de saúde familiar: fundamentos e práticas. *Revista de Enfermagem Referência*
- Ministério da Saúde. *Contratualização – Indicadores de Desempenho (BICSP)*. Acedido a 9 de novembro de 2025. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/ide/Paginas/default.aspx>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: OE.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Genebra: OMS. Acedido a 27 de janeiro de 2026. Disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. Genebra: OMS.
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: The family adjustment and adaptation response model. *Family Systems Medicine*. Acedido em 22 de fevereiro de 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0089739>.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.
- Pereira, R (2009). Rastreios Oncológicos ao Nível dos Cuidados de Saúde Primários.
- Pires, C. M., Barbieri-Figueiredo, M. C. A., Silva, A. M., Arrué, A. M., Guarda-Rodrigues, J., Neves, E. T., & Menino, E. G. (2026). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the Children with Special Health Care Needs Screener© for European Portuguese in a school setting. *Portuguese Journal of Pediatrics*.
- Portaria n.º 454-A/2023 da Assembleia da República (2023). *Diário da República nº 249/2023, Série I de 2023-12-28*, Acedido a 2 de novembro de 2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2023-858575197>
- Regada, S. & Pinto, C. (2010). Enfermagem de Família: Benefícios para quem cuida e para quem é cuidado. 108-116

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, nº 26 (6.02.2019, 4744- 4750).

Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II, nº135/2018, de 16-07-2018. Acedido a 14 nov. 2024. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: II Série, nº 184, (25-09-2018, 128-155)

Relvas, A. P. (2000). O ciclo vital da família. Perspetiva Sistémica (Edições Afrontamento). Edições Afrontamento

Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 27–34.

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.

Santos, M. L. (2023). Modelo Calgary de avaliação familiar e Modelo de Calgary de intervenção familiar. In M. H. Figueiredo, Néné, M., & Cerqueira, S. *Enfermagem de Saúde Familiar* (pp. 377-382). Lisboa. Lidel

Serra, A. V. (2008). *Aprender a ensinar: Ensino clínico em enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Silva, M. A. N. C. G., Costa, M. A. D. S. M., & Silva, M. M. F. P. D. (2013). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 19-28.

Silva, L., Bousso, R. S., & Galera, S. A. F. (2009a). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de isodos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 530–534. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400006>

Sistema Nacional de Saúde (2024). Acedido a 5 maio. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.

Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Modelos e ferramentas de avaliação familiar*.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis.

Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias—Guia para avaliação e intervenção na família* (5o Edição). Roca

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F.A. Davis.

Eurostat. (2023). *Health statistics – children. European Commission..* Acedido em Agosto de 2025 em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_statistics_-_children.

Organização Mundial de Saúde. (2023, Setembro 15). *New report highlights neglected health needs of children with developmental disabilities*. Acedido em, setembro de 2025 através de: <https://www.who.int/news/item/15-09-2023-new-reports-highlights-neglected-healthneeds-of-children-with-developmental-disabilities/>.

Sigman, A. (2017). Screen Dependency Disorders: a new challenge for child neurology. *Journal of the International Child Neurology Association*, pp. 1-13. Acedido em setembro 2025 em: https://static1.squarespace.com/static/60f6e88ae30a5151c8349715/t/634e72e8fa71de442c202dd8/1666085609191/JICNA.Merge_.pdf

American Psychiatric Association. (2023). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM 5 TR* (5ª ed., texto revisto: C. Oliveira, M.L. Figueira & A. Lourenço [Comissão Científica e Técnica]; trad. A. Lourenço et al.). Climepsi Editores. ISBN 978 972 796 399 7.

American Psychiatric Association. (2024). Autism Spectrum Disorder. Acedido em setembro 2025 em: <https://www.psychiatry.org/patientsfamilies/autism>

ANEXO I

Indicadores contratualizados pela USFS que estão diretamente relacionados com Enfermagem:

- 8 – Taxa de utilização de consultas de PF;
- 11 – Proporção grávidas com consulta médica de vigilância no 1º trimestre;
- 20 – Proporção hipertensos < 65 anos com Pressão Arterial inferior a 150/90mmHg;
- 23 – Proporção hipertensos com risco Cardiovascular (3 anos);
- 34 – Proporção obesos ≥ 14 anos com consulta vigilância obesidade. (2 anos);
- 36 – Proporção utentes DM com registo de gestão de regime terapêutico;
- 37 – Proporção DM com consulta enfermagem vigilância DM último ano;
- 39 – Proporção de utentes com DM com última HbA1c $\leq 8,0\%$;
- 45 – Proporção de mulheres [25;60[anos com rastreio do cancro do colo do útero;
- 46 – Proporção de utentes [50;75[anos com rastreio do cancro do colon e reto;
- 54 – Proporção utentes consumo álcool com consulta (3 anos);

63 – Proporção crianças 7 anos com consulta médica vigilância e Plano Nacional de Vacinação;

95 – Proporção crianças 14 anos com Plano Nacional de Vacinação cumprido ou em execução;

98 – Proporção utentes ≥ 25 anos com vacina do tétano;

261 – Proporção utentes com DM com avaliação do risco de úlcera do pé;

269 – Índice de acompanhamento adequado saúde infantil 2º ano;

294 – Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos idosos;

295 – Proporção de puérperas com ≥ 5 consultas vigilância enfermagem na gravidez com revisão de parto;

302 – Índice de acompanhamento adequado saúde infantil 1º ano;

308 – Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre;

314 – Proporção DM com pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg;

331 – Índice de utilização anual de consultas de enfermagem;

384 – Proporção recém-nascido cuja mãe tem registo de gravidez;

397 – Proporção fumador com intenção breve ou muito breve (1 ano);

404 – Índice anual de pessoas em abstinência tabágica (12 meses);

435 – Proporção de utentes com vacina gripe gratuita SNS.

ANEXO I

1. AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

1.1 APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA

A família Henriques é composta por 3 elementos e 2 animais de estimação (cães). Residem numa comunidade urbana de baixo rendimento com fraco apoio a nível familiar, apresenta apoio de amigos.

Mãe, Rita, de 37 anos, está desempregada, a frequentar um curso de transporte de doentes não urgentes sob apoio e condução de ambulâncias. Tem, como antecedentes pessoais, Depressão major com internamentos recorrentes a nível hospitalar com tentativas de suicídio. É seguida por parte do Hospital de Dia a nível psiquiátrico e teve um internamento recente mesmo por esse motivo mencionado anteriormente. É uma pessoa simples de fácil acesso em entrevista. Mãe gosta de ir à lenha e arrumá-la. Gosta de uma vida de rotina, com momentos simples de concretização. Como contraceção a equipa de saúde incentivou para colocação de implante em 2024. Durante período de gravidez, de Luana, a mãe manteve tentativas de suicídio com intoxicações medicamentosas. Há, ainda, relatos de uma infância atribulada por ter sido vítima de abuso sexual.

Pai, Aléxis, de 37 anos, é trabalhador como fiel de armazém, há 20 anos na mesma empresa, mas encontra-se sob licenças: estatuto de cuidador informal e licença por assistência a filha com doença crónica, da qual lhe dão um valor, aproximadamente de, 650€ mensais. De

momento está como cuidador da filha, Luana, que necessita de apoio constante da qual exige bastante atenção e esforço por parte do pai, especialmente. O pai já sente que tem períodos de perda de paciência e também já foi pedida ajuda, por parte dele, porque teme que por vezes seja mais agressivo e não quer magoar a criança, porque vai fazendo mais força à medida que ela vai crescendo.

Filha, Luana, 6 anos, é a única filha, relação com terceiros quase nula, apresenta antecedentes pessoais de multideficiência, perturbação do espectro do autismo com atraso global do desenvolvimento psicomotor, dismorfismo, perturbação do sono, estrabismo e pica. É uma criança que necessita de cuidados especiais e que frequenta a escola do Coimbrão, numa unidade específica para apoio a crianças com necessidades especiais educativas e com o apoio da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM). A Luana é uma jovem que não tem qualquer tipo de colaboração nas atividades de vida diárias, apenas consegue alimentar-se por mão própria e, apenas há duas semanas, segundo o pai, conseguiu tomar leite por um copo. Apresenta-se em constante desequilíbrio na marcha, não fala, apenas emite gemidos, por vezes com movimentos involuntários. É difícil a higiene, especialmente a nível de lavagem dos dentes. Apresenta cáries e está a aguardar consulta de estomatologia.

A relação entre pai e mãe é distante, dormem em quartos separados e, muitas vezes, o pai fica com a responsabilidade total pela criança quando está em casa, porque a mãe não tem capacidade de resposta, demonstrando alguma negligência no cuidado para com a filha. Pai refere que por vezes não tem uma alimentação eficaz porque apenas consegue comer duas ou três colheres à refeição porque a criança não consegue estar sozinha. A relação com a USF e a escola é bastante forte, no entanto ainda mantém dificuldades em manter uma vida estabilizada na família. Apresentam, especialmente, uma boa relação com o professor da escola do Coimbrão, a enfermeira de família e com a assistente social.

Luana tem muitos momentos de agitação e poucos momentos de calma, segundo o pai, nem à noite conseguem descansar porque a jovem não consegue dormir, às refeições não há capacidade de os pais se alimentarem em condições porque a atenção fica centrada na

criança. A necessidade de estar sempre atentos para manter objetos longe da filha são muitos, esta por vezes come lápis, areia, papel, etc.

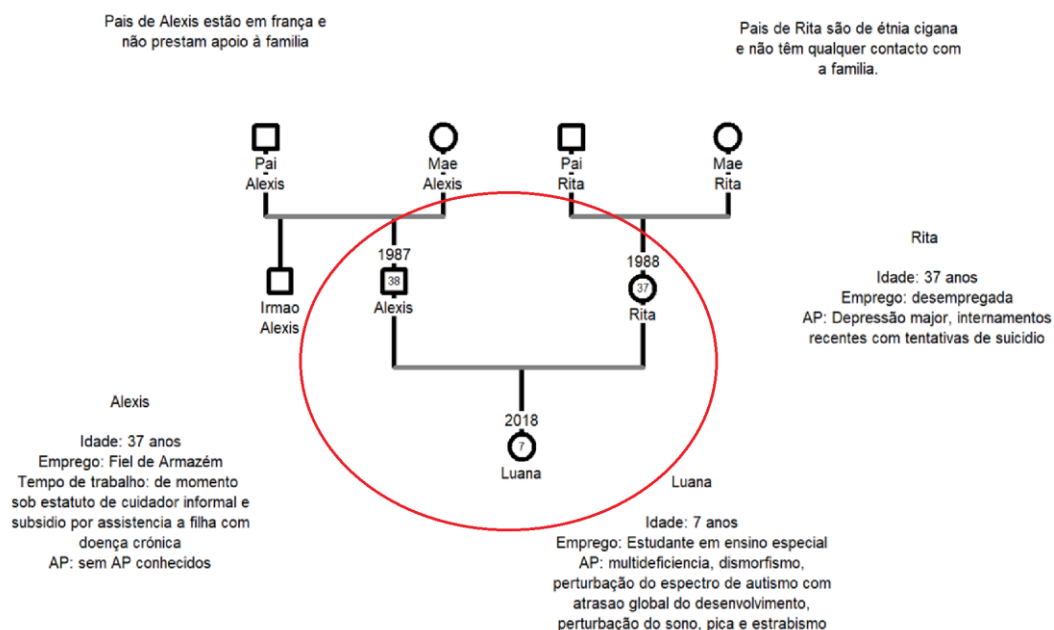
O quarto da Luana já foi modificado para que não haja objetos que possam ferir a criança de forma acidental, tem armários aparafusados à parede. Pai mantém receio porque há medida que a criança vai crescendo a sua força e altura vão aumentando também e isso torna mais difícil a gestão dos cuidados e a nível de estrutura do domicílio.

1.2 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

1.2.1 Avaliação Interna

O Genograma demonstra ser uma ferramenta fundamental na representação de detalhes de informação das famílias que contribui para o desenvolvimento de narrativas sobre as suas histórias e estilos de vida, nomeadamente, a sua saúde (Santos, 2023). A sua construção deve contemplar os dados sociodemográficos da família, o seu historial clínico, as relações entre os seus elementos tanto em gerações passadas como presentes (Wright & Leahey, 2013 *as cited in* Santos, 2023), mas também informação que possa delinear diferentes abordagens tanto em pesquisa como em intervenção clínica (Arias, 2017).

A avaliação interna será exposta através do Genograma a seguir demonstrado:

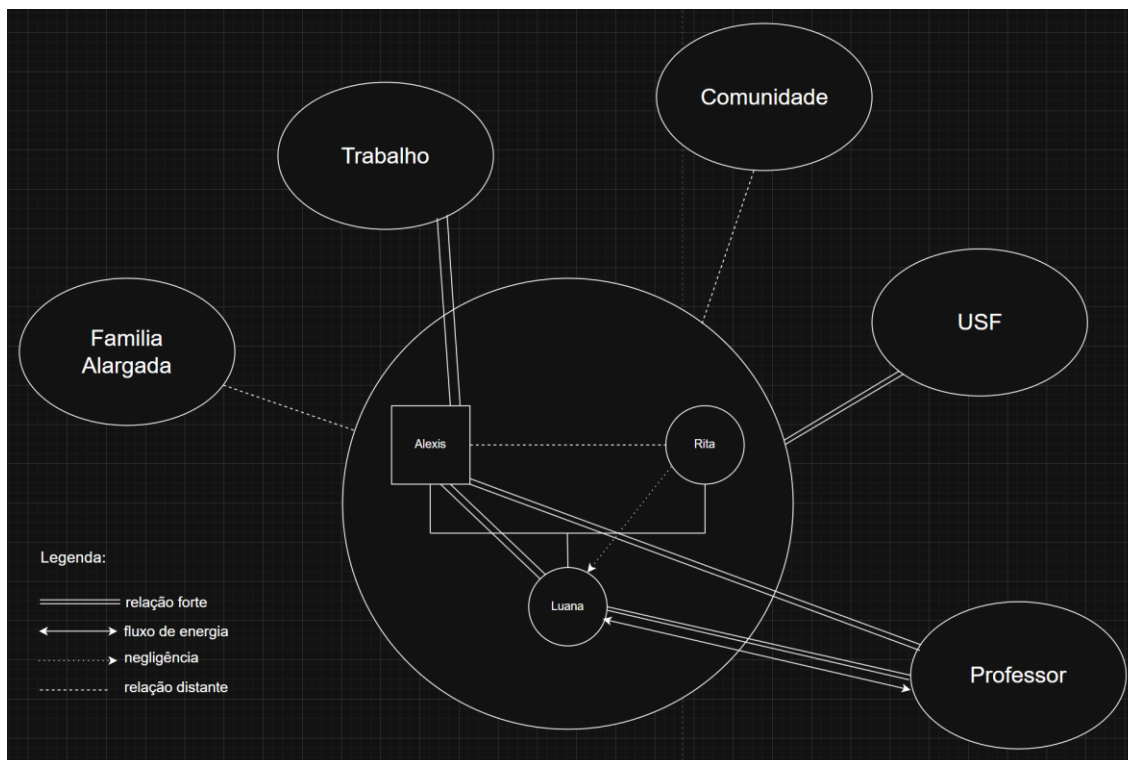


Conseguimos obter esta informação através de uma entrevista com a família e através de informação no SClinico.

1.2.2 Avaliação externa

À semelhança da avaliação interna, o desenho gráfico destas informações facilita a inclusão de todos os detalhes partilhados pelos membros da família. Surge, assim, o Ecomapa que, enquanto diagrama, ilustra o sistema social mais amplo com quem a família se relaciona. Durante a sua construção, em conversa com os elementos da família, é possível conhecer os vínculos mais significativos que a família desenvolve, bem como intensidade dos mesmos (Santos, 2023).

A avaliação externa será exposta através do ecomapa a seguir demonstrado:



1.2.3 Contexto

Esta avaliação, como explicado anteriormente, inclui dados como a raça, etnia, classe social, religião e/ou espiritualidade e ambiente.

Relativamente à raça, admite-se que os três elementos desta família são de raça caucasiana, apresentando, assim, um físico geral da população europeia (fenótipo claro de pele).

No que respeita à classe social, para uma avaliação mais efetiva é possível aplicar a escala de *Graffar*. Esta permite avaliar as condições socioeconómicas de uma família com base em 5 itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. A cada item é atribuída uma pontuação consoante a resposta escolhida, resultando num somatório final que coloca a família numa determinada classe social, sendo que quanto mais for o *score* final menor será a classe social a que família pertence. Assim, um somatório final de 5 a 9 pontos corresponde a uma classe alta, 10 a 13 pontos a uma classe média alta, 14 a 17 pontos a uma classe média, 18 a 21 pontos a uma classe média baixa e, por fim, 22 a 25 pontos a uma classe baixa. A cada tipologia de classe, agregam-se, ainda, graus que caracterizam as condições de habitação, sendo que quanto mais elevado for o grau, mais precárias serão estas condições. Desta forma, à classe social alta

corresponde o grau 1, à classe alta o grau 2, à classe social média o grau 3, à classe social média baixa o grau 4 e, por fim, à classe social baixa o grau 5 (Figueiredo, Rego & Vitos, 2023).

Nesta família, então, consideramos uma pontuação de classe social média baixa, como se pode ver na figura seguinte:

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

Consideramos que o Aléxis, apesar de estar de licença, trabalha como um encarregado em uma indústria e, apesar de desempregada, Rita tem capacidade para trabalhar e está sob vencimento fixo por parte do subsídio de desemprego. Temos conhecimento que ambos terminaram o 9º ano. A fonte principal de rendimento é a assistência que têm por parte da segurança social. Tem uma habitação degradada e com algum défice a nível de eletrodomésticos essenciais e vivem num bairro social.

Seguidamente, a avaliação a nível religião e/ou espiritualidade não foi abordado diretamente, mas temos conhecimento que ambos são católicos, mas não praticantes, mas que não tem uma influência direta no estilo de vida da família.

Finalizando, no que concerne ao ambiente. Considerando a entrevista e a visita domiciliar, não há uma relação próxima com a comunidade (vizinhos) em seu redor, apesar e viverem em um bairro social. A Luana, com todas as dificuldades que apresenta para o Pai, principal cuidador, ainda apresenta outro fator que é a distância da escola. Está a uma distância de cerca de 20km (20 minutos de viagem) pela qual só esse transporte já é um desafio diário para com o pai. Relativamente ao alojamento, durante a visita domiciliária, conseguimos obter algumas informações pertinentes, nomeadamente: vivem em uma moradia em zona residencial salubre, é uma casa própria, sob pagamento mensal ao banco por crédito de habitação, tipologia de t3 (apresentam um quarto para cada membro da família), mau estado de conservação geral, apresenta zonas com fissuras no teto com humidade, principalmente na sala, com baldes para apanhar pingos. Consideramos um conforto razoável pois a família

sente-se bem em casa e tem harmonia com a mesma, não referiram sentir-se mal. Apresenta casa de banho, uma, no alojamento, sem aquecimento, têm uma lareira apenas, têm eletricidade, algum défice em termos de mobiliário e equipamento básico. Houve necessidade de alterar alguns pequenos processos no domicílio para que haja um maior conforto e diminua riscos para a Luana. Em termos de acessibilidade ao domicílio têm facilidade em estrada publica.

1.3 AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

As três subcategorias da avaliação de desenvolvimento são: estágios, tarefas e vínculos.

Wright e Leahey (2011) assumem 6 estágios do ciclo de vital da família: jovens adultos solteiros, o novo casal, família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes, saída dos filhos de casa e família no fim da vida (Lopes, 2021).

Tendo por base *Wright e Leahey* e a família em estudo, consideramos, então que esta já passou por 2 fases e encontra-se, de momento, no estágio 3: família com filhos pequenos. Como apenas apresentam uma filha e esta tem apenas 6 anos de idade.

No que toca a tarefas e vínculos. Os vínculos entre família, representados anteriormente no ecomapa, vão desde relações de negligência a relações fortes. Durante a entrevista e a visitação domiciliária foi mais facilitada a comunicação com o Pai, Aléxis, do que com a Mãe, Rita. Desta forma, também, foi possível obtermos uma visão de como é a relação entre eles, consideramos que a relação dos pais é distante porque não estão delineadas estratégias para determinadas situações que envolvam a Luana ou, até mesmo, a relação como casal, assim como, consideramos que, a mãe, apresenta uma relação de negligência para com a filha, não apresenta grande contacto com a mesma e se não consegue controlar a filha sai de junto dela e tem de ser o pai a promover o cuidado para com a filha. Relativamente ao pai e filha consideramos uma relação forte, é o cuidador principal, é ele que detém maior conhecimento da conduta comportamental e de atividades de vida diária da filha, é o pai que acompanha às consultas e que se mostra como representante da família.

Consideramos assim que apresentam vínculos fracos para uma família em estágio 3 do ciclo vital. Apresenta dificuldades na dinâmica familiar e a nível da comunidade, apenas

depositando grande confiança com o professor da escola e com a USF. Não apresentam rede de apoio e familiares bem constituída. Contudo a presença do vínculo forte entre o pai e a filha, USF e escola tornam-se vínculos fundamentais no processo de desenvolvimento, não só da família, mas como dos próprios elementos.

De momento é difícil prever como se vai desenvolver o processo familiar. A procura incansável de ajuda, por parte da USF e da escola da Luana, levou a realizarmos uma reunião com várias entidades: Representante da APPACD; dois professores da escola do coimbrão, um representante das crianças com necessidade de educações especiais e uma professora que também acompanha a Luana; enfermeira representante da UCC e, por sua vez, também da saúde pública através do núcleo de apoio às crianças e jovens em risco (NACJR); enfermeira de família da USF; assistente social e o pai, Aléxis.

Deste reunião conseguimos obter algum feedback por parte do Aléxis e da situação atual da vida da família. Refere que está com necessidade de voltar ao trabalho, mas que para isso precisa de algum tipo de ajuda porque não tem disponibilidade para se deslocar todos os dias e os horários de escola da Luana não são compatíveis com os horários de trabalho delineados pelo empregador. Refere que a Rita, de momento, está a fazer uma formação para transporte de utentes não urgentes e que também não tem possibilidade de ajudar neste momento.

Desta reunião, multidisciplinar, conseguimos estruturar alguns, possíveis, processos que visam a melhoria a nível funcional da família. A necessidade de descanso do cuidador por parte do Pai, e que não foi possível através da RNCCI, será reavaliada e haverá uma tentativa de comunicação com equipa de pediatria do hospital de leiria para que seja possível um internamento temporário, como já realizado anteriormente. Possibilidade de, por parte da camara municipal, haver um transporte de casa-escola e escola-casa para a Luana também seria bom para que o pai conseguisse voltar ao trabalho para um maior rendimento da família. Por parte da assistente social ver a nível de apoios para a família, apoios a nível de casa, remuneração, transporte, etc. Por fim foi a possibilidade de a ECCI fazer visitas regulares ao domicílio para complementar os cuidados à Luana e fazer ensinios aos Pais no método mais eficaz de cuidados à Luana, reestruturando, assim, todo o sistema funcional da família.

1.4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Caracterizada por categoria instrumental e expressiva.

1.4.1 Funcionamento Instrumental

Lopes (2021), que recorre ao MCAIF para a avaliação da família, apresenta 12 AVD's a avaliar: "Manter um Ambiente Seguro"; "Comunicar"; "Respirar"; "Comer e Beber"; "Eliminar"; "Higiene Pessoal e Vestir-se"; "Controlar a Temperatura do Corpo"; "Movimentar-se"; "Trabalhar e Divertir-se"; "Expressão da Sexualidade"; "Sono e Repouso"; "Morte"; "Gestão do Regime Terapêutico" (Lopes, 2021, p.74).

Considerando a avaliação das AVD's e atendendo à família, conseguimos identificar compromisso em todas, com exceção das atividades em respirar, controlar a temperatura do corpo e morte.

Manter um ambiente seguro está comprometido para todos os elementos, a Luana com os comportamentos disruptivos e involuntários, o Aléxis com o cansaço físico e emocional e a Rita com o historial de tentativas de suicídio;

Comunicação encontra-se comprometida, especialmente entre o casal pois não demonstram uma relação forte, pelo contrário e também a incapacidade de comunicação por parte da Luana para com terceiros;

Comer e beber também está comprometido porque, como já referido anteriormente, a Luana não tem capacidade de identificar objetos que sejam do foro alimentar com outros objetos, como lápis, terra, papéis. Não só nesse aspeto como também a nível dos Pais conseguirem ter uma refeição equilibrada e segura, pois a preocupação está centrada na Luana.;

Eliminar, podemos considerar comprometida mais a nível da Luana porque não tem controlo de esfíncteres, no entanto os restantes elementos encontram-se capazes;

Higiene Pessoa e Vestir-se comprometida perante a Luana, jovem bastante ativa e com períodos de euforia e comportamentos disruptivos que fica difícil a capacidade dos pais para a vestir e até mesmo para os cuidados de higiene, assim como o compromisso a nível de esfíncteres;

Mobilizar-se, apenas a Luana encontra-se com esta AVD comprometida porque tem dismorfismo e dificuldade na locomoção;

Trabalhar e Divertir-se, considero, talvez, uma das mais comprometidas, a incapacidade de o pai ter acesso ao trabalho e ter vontade de ir trabalhar, a mãe estar desempregada, no entanto sob uma nova formação, e a Luana ser uma jovem de necessidades especiais compromete todo este fator de trabalho, relativamente ao divertir-se não há interação com terceiros por parte dos familiares em termos de amigos, considera-se também comprometido. Apenas a Luana podemos considerar que se consegue divertir;

Expressão da sexualidade, comprometida por parte do casal, sabemos que há distanciamento e, por sua vez, dormem em quartos separados;

Sono e repouso, também comprometido, uma vez que o pai refere que durante a noite mal consegue descansar porque a Luana apenas dorme cerca de 2h por noite e, o medo, que sente em ela se magoar é muito;

Por fim, gestão do regime terapêutico, encontra-se comprometido por vezes não haver capacidade de alimentação equilibrada à Luana e os seus comportamentos não serem apropriados.

1.4.2 Funcionamento Expressivo

Nesta família conseguimos identificar compromisso em toda a comunicação, desde não verbal à emocional. A distância do casal faz com que a comunicação não seja a mais eficaz, a incapacidade de terem uma comunicação com a criança, o cansaço físico e emocional por parte do Pai, principalmente, a conduta da mãe aquando da negligência da filha e os períodos de automutilação. As dificuldades à adaptação das rotinas e tentativa de melhorar as presentes rotinas a nível de trabalho e de responsabilidades.

Complementarmente à avaliação do funcionamento expressivo familiar também conseguimos avaliar a família através do questionário de APGAR. Este acrónimo refere-se às componentes funcionais a nível de “Adaptação (A - *adaptability*), Partilha/Comunicação (P - *partnership*), Crescimento (G - *growth*), Afeto (A - *affection*) e Dedicção (R - *resolve*).” (Abreu, 2023, p.9). Smilkstein (1978, p.1232)”

Segundo a nossa avaliação, entrevista com a família e atendendo às características da família, consideramos, assim, que o APGAR da família é inferior a 3 valores, com um resultado de 0. A

incapacidade de demonstrar uma comunicação efetiva, a incapacidade de haver um funcionamento a nível das atividades de vida diárias, a incapacidade de proximidade da família e, até, extrafamiliar faz com que esta família tenha uma disfunção acentuada.

2 PLANO DE CUIDADOS

No que respeita ao plano de cuidados da família Oliveira, tendo em vista o MCIF, foram, então, considerados os domínios cognitivos, afetivos e comportamentais, identificando aqueles que devem ser ajustados e alterados. Complementarmente, com base nos dados obtidos, foram identificados focos de enfermagem e definidos diagnósticos de enfermagem com formulação posterior de intervenções de enfermagem, considerando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Domínio: Comportamental. Foco: Adaptação à parentalidade Diagnóstico: Adaptação à parentalidade comprometida Dados obtidos: a dificuldade presente pelos relatos e vivências da família	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que a adaptação tenha uma melhoria significativa e que melhore, também, o estilo de vida do casal e família	Avaliar a percepção dos pais sob o papel parental; Articular, em conjunto, as melhores estratégias para os cuidados diferenciados para a criança; Estimular o vínculo afetivo; Acompanhar evolução e a adaptação ao papel parental.
Domínio: Comportamental. Foco: Atividade Psicomotora Diagnóstico: Atividade Psicomotora Comprometida. Dados obtidos: Luana apresenta comportamentos disruptivos com movimentos involuntários e com dificuldade na relação com terceiros	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que haja uma melhoria na atividade psicomotora e compreensão por parte familiar	Promover o desenvolvimento motor; Educar o cuidador sobre estímulos psicomotores; Apoiar a família no cuidado à pessoa dependente; Coordenar cuidados multidisciplinares; Facilitar a adaptação familiar à condição crónica.
Domínio: Comportamental Foco: Adaptação Diagnóstico: Adaptação comprometida Dados obtidos: Pais ainda não se conseguiram adaptar às mudanças por parte da filha.	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que haja uma adaptação às novas condições da Luana	Educar o cuidador sobre a condição clínica Apoiar a família na aceitação da condição Ensinar estratégias de <i>coping</i> ao cuidador

	Encaminhar a família para rede de apoio psicossocial Incentivar o cuidador a manter atividades de autocuidado Facilitar a comunicação entre os membros da família Apoiar o cuidador na gestão do stress Apoiar a organização da rotina familiar
Domínio: Comportamental. Foco: Atitude da família. Diagnóstico: Atitude da família comprometida. Dados obtidos: Mais focado na negligência por parte da mãe, mas considerando o comportamento e atitudes de toda a família.	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que haja uma atitude positiva, responsável e proativa por parte da família, principalmente da mãe.	Avaliar percepção da família sobre o cuidado Observar comportamento do cuidador Educar o cuidador sobre importância do cuidado continuado Estimular o envolvimento ativo da família no cuidado da criança Apoiar o cuidador na gestão das suas emoções e barreiras Facilitar reflexão sobre o impacto das atitudes familiares Encaminhar para apoio psicossocial especializado, se necessário
Domínio: Comportamental Foco: Automutilação. Diagnóstico: Automutilação Ativa. Dados obtidos: Dado o historial da Mãe	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que este processo seja orientado para cuidados mais diferenciados e que diminua, e até, que seja nula a automutilação de Rita	Avaliar risco de suicídio e lesão auto-infligida; Estabelecer vínculo terapêutico com a utente; Gerir ambiente seguro e vigilância; Instruir familiar para cuidados caso haja automutilação; Encaminhar para serviços especializados; Educar sobre estratégias de coping; Intervir com Hospital de Dia (onde utente abandonou recentemente) para nova ingresso.
Domínio: Comportamental/cognitivo. Foco: Burnout. Diagnóstico: Burnout Ativo. Dados obtidos: Especialmente para o Pai, que já considera difícil o tratamento e cuidado para a filha e também a sua relação com a esposa.	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Reduzir o nível de burnout do pai, promover estratégias de coping eficazes e fortalecer sua capacidade de cuidado e relação familiar.	Avaliar sinais de burnout; Educar o cuidador sobre importância do autocuidado; Ajudar a organizar as tarefas e rotina; Estimular comunicação com a companheira; Facilitar expressão de sentimentos;

	Encaminhar para serviços especializados; Articular com recursos comunitários para descanso do cuidador. Articular com equipa de internamento pediatria do Hospital Santo André, à qual já teve um internamento por descanso do cuidador.
Domínio: Comportamental. Foco: Comunicação familiar. Diagnóstico: comunicação Familiar comprometida. Dados obtidos: A família tem uma relação distante entre o casal.	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que a família comunique eficazmente	Avaliar a comunicação familiar; Providenciar espaço para partilha de sentimentos e experiências comunicacionais; Identificar, em conjunto com os elementos da família, lacunas comunicacionais existentes; Identificar, em conjunto com os elementos da família, fatores facilitadores e dificultadores da comunicação; Desenvolver, em conjunto com os elementos da família, estratégias e ferramentas comunicacionais eficazes e que façam sentido para os próprios
Domínio: Comportamental. Foco: desenvolvimento infantil Diagnóstico: desenvolvimento infantil comprometido Dados obtidos: Todo o processo desenvolvimento e crescimento da Luana está comprometido.	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que o desenvolvimento da Luana não seja um processo demasiado impactante na vida da família.	Educar a família sobre a condição e prognóstico; Validar emoções e facilitar aceitação; Incentivar envolvimento da família no plano de cuidados; Encaminhar para recursos especializados.
Domínio: Afetivo. Foco: Apoio Social. Diagnóstico: Apoio Social Diminuído. Dados obtidos: A família não apresenta os melhores apoios em termos de família e a nível social	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que a família receba o apoio social e de amigos adequado e necessário ao seu bem-estar.	Providenciar espaço para partilha de sentimentos, preocupações e dúvidas; Instruir a família sobre os recursos sociais existentes na comunidade; Encaminhar a família para os recursos sociais existentes na comunidade; Incentivar a aproximação ou reaproximação da família para com as pessoas que contribuem para o seu bem-estar.
Domínio: Afetivo. Foco: Apoio da Família. Diagnóstico: Apoio da Família Diminuído. Dados obtidos: A família não tem grande apoio da família alargada.	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que a família se sinta mais apoiada pela sua família alargada.	Providenciar espaço para partilha de sentimentos e preocupações; Avaliar a relação existente entre a família e a família alargada;

	Identificar, em conjunto com a família, fatores que conduziram ao afastamento da família alargada; Identificar a necessidade de se reaproximarem; Desenvolver, em conjunto com a família, estratégias de reaproximação.
Domínio: Comportamental. Foco: Parentalidade. Diagnóstico: Parentalidade comprometida. Dados obtidos: A nível de capacidade de promover uma parentalidade digna para a família	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Apoiar e capacitar os pais no desempenho da parentalidade face às necessidades específicas da Luana	Avaliar perceção dos pais sobre o seu papel parental Ensinar estratégias de parentalidade positiva e adequada ao desenvolvimento da criança Validar emocionalmente os pais e promover aceitação Incentivar divisão equilibrada de tarefas entre cuidadores
Domínio: Comportamental. Foco: Queda. Diagnóstico: Risco de queda elevado. Dados obtidos: o comportamento da Luana e os diagnósticos inerentes	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Prevenir quedas e promover um ambiente seguro	Avaliar, juntamente com a família, os fatores de risco; Ensinar medidas de prevenção; Adaptar o ambiente;
Domínio: Comportamental/Afetivo. Foco: Relacionamento. Diagnóstico: Relacionamento comprometido. Dados obtidos: a relação do casal ser distante	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Promover a relação do casal	Promover uma comunicação eficaz e escuta ativa; Estimular o apoio emocional e validação mútua; Orientar para estratégias de <i>coping</i> no stress conjugal; Encaminhar para apoios, como terapia familiar.
Domínio: Comportamental/afetivo. Foco: Socialização. Diagnóstico: Socialização comprometida. Dados obtidos: o facto de não haver relação com amigos e família alargada	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que a família reduza o isolamento e promova o aumento da sua rede de apoio	Avaliar a rede de apoio e qualidade das relações sociais; Estimular reconexão com amigos e família alargada; Ensinar estratégias de gestão de tempo para incluir a socialização; Encaminhar para grupos de apoio.
Domínio: Comportamental. Foco: Sono. Diagnóstico: Sono comprometido Dados obtidos: o facto de não conseguirem ter um sono regular	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem

Que melhore a qualidade de sono e descanso dos cuidadores	Avaliar padrão de sono e impacto nos cuidadores; Educar para técnicas de descanso com pausas alternadas; Ensinar técnicas de relaxamento; Encaminhar para apoio psicológico/médico se necessário.
Domínio: Comportamental. Foco: Tomar Conta. Diagnóstico: Tomar Conta comprometido Dados obtidos: a dificuldade que os pais têm em encontrar estratégias para tomar conta com efetividade da Luana	
Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem
Que melhorem a capacidade de tomar conta de forma segura, estruturada e emocionalmente equilibrada.	Avaliar capacidade do cuidar; Ensinar estratégias práticas adaptando à realidade; Em conjunto, com a família, organizar rotinas e divisão de tarefas; Promover acesso e apoio especializado (ECCL, escola)

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 (2018), o enfermeiro especialista em saúde familiar deve cuidar da família como uma unidade de cuidados, mas também dos seus elementos no decurso do ciclo vital, sendo essencial considerar as necessidades familiares como também as individuais. Desta forma, a elaboração de diagnósticos de enfermagem contempla algumas componentes individuais, mas com o foco principal de haver uma melhoria em termos de comportamento familiar.

A elaboração de um plano de cuidados individualizado e familiar representa uma competência central do enfermeiro de família. Ao identificar os focos, priorizar intervenções baseadas em evidência e envolver a família em todas as etapas do processo, o enfermeiro promove o empoderamento dos cuidadores, assegura continuidade de cuidados e procura a melhor resposta para as transições no ciclo vital da família.

ANEXO II



CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS

MINUTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO TODO O CONTEÚDO DESTES DOCUMENTOS. NÃO HESITE EM SOLICITAR MAIS INFORMAÇÕES SE NÃO ESTIVER COMPLETAMENTE ESCLARECIDO, VERIFIQUE SE TODAS AS INFORMAÇÕES ESTÃO CORRETAS E DEMORE O TEMPO QUE CONSIDERAR NECESSÁRIO PARA O SEU PREENCHIMENTO E REFLEXÃO. SE TUDO ESTIVER CONFORME E CLARO PARA SI, E SE ESTIVER DE ACORDO COM O QUE LHE É PROPOSTO E FOI INFORMADO, ENTÃO ASSINE O DOCUMENTO.

O consentimento informado, esclarecido e livre traduz-se numa importante manifestação da vontade, que se destina a respeitar o direito do doente a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido e informado. Deverá o mesmo ser prestado pelo próprio sempre que este se encontre capaz de dar o seu consentimento, consciente, livre e esclarecido.

residente em _____ (nome do utente), _____ (estado civil),
Cartão de Cidadão n.º _____, válido até ____/____/____ (na falta de outro documento de
identificação preencher os dados referentes ao Passaporte - Passaporte n.º _____, emitido por _____
(País), válido até ____/____/____), NIF _____, Cartão de utente do SNS n.º _____
Beneficiário do Subsistema n.º _____ (se for o caso, identificar subsistema e respetivo n.º de
beneficiário), NISS _____, declaro que:

Fui informado do meu estado de saúde, bem como das opções terapêuticas e intervenções de apoio social adequadas à minha situação, tendo-me sido proposta a admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na tipologia de (assinalar a opção):

☐ Internamento em Unidade de _____ (identificar a tipologia), com período previsível de
internamento de _____ dias (30, 90, ou superior a 90 dias) (mencionar a opção correspondente à situação) tendo como
Unidades Preferenciais:

1ª Unidade de preferência _____

2ª Unidade de preferência _____

3ª Qualquer prestador da Região _____

☐ Internamento em Unidade de Longa Duração e Manutenção por motivo de descanso do principal cuidador pelo período
previsível de _____ dias (mencionar o período previsível de internamento pode ir até 90 dias por ano)

☐ Apoio domiciliário por Equipa de _____ (identificar ECCI ou ECSCP), na residência atual
(identificar, se diferente da supra indicada)

Para me serem prestados, enquanto aí me mantiver, os cuidados de reabilitação/de manutenção/paliativos (riscar o que
não interessa/consoante os objetivos de referência e a tipologia) necessários à minha situação de saúde, tendo ficado ciente
dos cuidados e intervenções propostos, seus efeitos, a sua finalidade e objetivos.¹

No decurso da prestação de cuidados pela referida Unidade/Equipa (riscar o que não interessa), será desenvolvido, em
conformidade com a minha situação, um Plano Individual de intervenção, elaborado conjuntamente comigo, e/ou com o
meu representante (legal ou outro),² caso me encontre impossibilitado ou com notórias dificuldades em me manifestar e
entender o que for proposto, e que me será descrito e explicado (ou ao meu representante nas situações atrás descritas),
previamente à realização dos cuidados e intervenções aí previstas.

¹ Devem, nomeadamente, ser descritos ao doente, de forma clara e perceptível, os cuidados, tratamentos ou procedimentos propostos,
sua finalidade, objetivos e duração, possíveis complicações e/ou efeitos secundários e eventuais alternativas.

² Quando o doente não esteja declarado judicialmente como incapaz, devendo ser ouvida a opinião de familiares ou acompanhantes que
sejam reconhecidos como cuidadores habituais.

Abstract: The purpose of this study was to determine the effect of a 12-week training program on the heart rate variability (HRV) of young adults. The study was conducted in a laboratory setting. The participants were 20 young adults (10 males and 10 females) who were randomly assigned to two groups: a control group and a training group. The control group did not participate in any training program, while the training group participated in a 12-week training program. The HRV was measured using a heart rate monitor. The results showed that the training group had a significantly higher HRV than the control group at the end of the 12-week training program. This suggests that the training program had a positive effect on the HRV of young adults.

Os meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, serão tratados sob sigilo no domínio da RNCCI para a sua exclusiva e estrita utilização, para efeitos de gestão dos serviços de saúde da rede e de prestação de cuidados e tratamentos de saúde no respetivo âmbito. O responsável pelo tratamento é a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), estando ciente de que posso aceder e retificar os meus dados mediante solicitação por escrito nesse sentido à ACSS.

☐ Sim☐ Não

De forma livre e esclarecida, e para os devidos efeitos,

☐ Declaro consentir na minha admissão nos termos acima enunciados

☐ Declaro que recuso a admissão aqui proposta, apesar de ter sido informada/o da sua adequação ao meu estado de saúde e situação de dependência

☐ Motivos de recusa: _____

_____ de _____ de 20³

O Utente: _____ 2

(assinatura conforme BI/CC/Passaporte, devendo juntar cópia)

O Representante do Utente: _____

(assinatura conforme BI/CC/Passaporte, devendo juntar cópia)

_____, (nome), _____ (estado civil), residente em _____
 _____, titular do B.I./CC n.º _____, válido até ____/____/____ (na falta de outro documento de identificação
 preencher os dados referentes ao Passaporte - Passaporte n.º _____, emitido por _____ (País), válido até
 ____/____/____).

Contactos: _____ (telemóvel/telefone fixo) / _____ (email)

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

O Profissional ⁴

(identificar a entidade)

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS, TENDO A ÚLTIMA SIDO ASSINADA E AS ANTERIORES RUBRICADAS POR TODOS OS INTERVENIENTES. SENDO FEITO EM DUPLICADO, UMA CÓPIA É ENTREGUE AO UTENTE/REPRESENTANTE E A OUTRA ARQUIVADA NO PROCESSO CLÍNICO DO PRIMEIRO.

³ A preencher pelo Utente/Representante, indicando o local e data em que foi prestado o consentimento.

⁴ Assinatura legível do Profissional que presta a informação e obtém o consentimento do utente.

ANEXO III

DECLARAÇÃO

Cesário António Gonçalves da Silva, na qualidade de Diretor do Agrupamento de Escolas Marinha Grande Poente, declara, para os devidos efeitos, que André Guerra Gomes, dinamizou uma sessão de esclarecimento no âmbito do PES/Saúde Escolar, inserida nos Ciclos de Debate sobre Sexualidade.

Este evento decorreu na Escola Secundária Eng. Acácio Calazans Duarte, no dia 9 de maio de 2025, das 13h30 às 15h00.

Marinha Grande, 9 de maio de 2025

O Diretor,



(Cesário António Gonçalves da Silva)



ANEXO IV

ANEXO V

KIT EMERGÊNCIA

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE	DATA VALIDADE	ANOTAÇÕES
Desfibrilhador Automático Externo (DAE)	1		Se possível um por USF ou trocar o local do anterior e deixar no rés do chão das 3 unidades
Ambu	1		
Mascaras faciais	1 de cada tamanho		
Bala de oxigénio	1		
Tubo de <u>guedel</u>	1 de cada tamanho		
Aspirador de secreções	1		Se possível portátil
Esfigmomanómetro (adulto e pediátrico)	1 de cada		Elétrico ou manual
Estetoscópio	1		
Oxímetro	1		De dedo
Termómetro	1		Digital idealmente
<u>Glucómetro</u>	1		Com tiras e, se possível, de cetonemia também
Luvas descartáveis	3 de cada (?)		Ou uma caixa M (por ser o “mais usual”)
Agulhas	5 de cada (?)		Dada a necessidade de realizar medicação EV, SC ou IM
Seringas	5 de cada (?)		Medicação, <u>flush.. etc</u>
Sistemas de Soro	3 (pelo menos?)		
Ligaduras	3 de cada (?)		A tirar
Compressas	5 de cada (?)		
Tesoura	1		
Garrote	1		
Desinfetante	1		
Saco de resíduos biológicos e não biológicos	1 de cada		A tirar talvez
Cobertor térmico	1 (?)		A tirar talvez

MEDICAÇÃO

MEDICAMENTO	QUANTIDADE	DATA DE VALIDADE	ANOTAÇÕES
Adrenalina	3 (?)		
Atropina	3 (?)		
Glicose 30%	3 (?)		
Glucagon	3 (?)		
Diazepam	3 de cada (?)		Rectal e IM / EV (?)
<u>Hidrocortisona/metilprednisolona</u>	5 (?)		EV / IM
<u>Metoclopramida/Ondasetron</u>	3 (?)		
<u>Clemastina</u>	3 (?)		
Cloreto de Sódio	5 de 10/20ml (?) 5 de 100ml (?) 3 de 1000ml (?)		
Água destilada	5 (?)		Talvez consoante a quantidade de <u>hidrocortisona/metilprednisolona (?)</u>
<u>Naloxona (?)</u>	1(?)		População de risco (?)

RECOMENDAÇÕES

Revisão do material de 3 em 3 meses – registo de validades, alterações no material

Registo de uso do kit de emergência e repor

Formação de toda a equipa em SBV com DAE