



Capacitação Parental na Gestão da Alergia Alimentar na Infância: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Familiar

Cláudia Coito

VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária:
Área Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório para obtenção título de Mestre

Professor Orientador: Professor Doutor Paulino Rosa

Leiria

abril de 2026



Relatório para obtenção título de Mestre apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Saúde Comunitária: Área Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sobre a orientação científica do Doutor Paulino Rosa, Professor Doutor da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Jonathan, agradeço pelo apoio constante, pelo carinho inabalável, pelo amor genuíno, pela paciência infinita e pela compreensão ao longo de todo este percurso acadêmico. A sua presença foi um pilar essencial e tornou possível a concretização desta importante etapa.

Ao meu filho, Tomás, agradeço a compreensão pela minha ausência nas nossas brincadeiras, reconhecendo o esforço que esta caminhada exigiu também na nossa vida familiar. A ele devo uma parte da motivação para continuar e concluir este objetivo acadêmico.

Aos meus pais, deixo um sincero agradecimento por todo o apoio, incentivo e amor incondicional. Sem a vossa presença e entrega, não teria sido possível alcançar esta conquista.

Ao meu irmão, Filipe, agradeço a disponibilidade, o apoio e o encorajamento demonstrados ao longo deste percurso.

Às minhas colegas de mestrado, Filipa e Cátia, expresso o meu sincero agradecimento pelas conversas inspiradoras, pelas ajudas generosas, pelos desabafos partilhados e pelas risadas que alegraram esta jornada académica.

Ao meu orientador de estágio, agradeço a dedicação e a motivação, bem como a disponibilidade e o acompanhamento sempre presentes, fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Professor Doutor Paulino Rosa, expresso o meu reconhecimento pelo acompanhamento académico, pela orientação e pela contribuição decisiva para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A alergia alimentar destaca-se como uma das doenças crónicas mais prevalentes na infância, afetando cerca de 6-8% das crianças em idade escolar, com tendência crescente. Trata-se de uma condição sem cura definitiva, cuja gestão assenta na evicção do alérgénio, reconhecimento precoce de reações e resposta adequada a situações agudas. Neste contexto, a capacitação parental assume um papel central, sendo fundamental compreender o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na gestão da alergia alimentar.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com recurso às bases de dados MEDLINE, CINAHL e Nursing & Allied Health Collection, tendo sido selecionados cinco estudos segundo critérios PRISMA.

Os resultados evidenciam que a gestão da alergia alimentar na infância representa um desafio multidimensional, com impacto físico, emocional e social. Destacam-se o medo e a ansiedade parental, com repercussões nos padrões alimentares bem como o impacto psicossocial na criança e família.

Conclui-se que o Enfermeiro especialista enfermagem de saúde familiar assume um papel central na capacitação parental, promovendo intervenções educativas, apoio emocional e articulação com recursos comunitários, embora a evidência disponível em contexto comunitário português ainda seja limitada.

Palavras-Chave: Enfermagem, Alergia Alimentar, Criança, Família.

ABSTRACT

Food allergies stand out as one of the most prevalent illnesses in childhood and affect about 6-8% of children on school age with a growing trend. This is a condition that has no absolute cure, and management relies on the withdrawal of the allergen, and on the early identification of symptoms and how to react on critical circumstances. In this context, the focus is to train the parents and here is where the Specialist Nurse in Family Health Nursing in the management of food allergies is a fundamental role.

A full integrated reassessment of the literature has been made, with resources on MEDLINE, CINAHL e Nursing & Allied Health Collection database, and it has been selected five studies according to PRISMA criteria.

The results show that managing a food allergy on childhood is a multidimensional challenge, with a high physical, emotional and social impact. Parental anxiety and fear are what stand out, with repercussions on the feeding patterns as well as psychosocial impact on the child and family.

In conclusion, the Specialist Nurse in Family Health Nursing has a central role in parental training, promoting educational interventions, emotional support and articulation with community resources, although the available evidence on a community context is still limited.

KeyWords: Nursing; Food Allergy; Child; Family.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AA – Alergia Alimentar

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

EBSCO - Elton Bryson Stephens Company

EE – Enfermeiro Especialista

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF - Enfermagem Saúde Familiar

JBI - Joanna Briggs Institute

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

MeSH – Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

ULS – Unidade Local Saúde

USF - Unidade Saúde Familiar

SF – Saúde Familiar

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE TABELAS.....	11
INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA ULS	14
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	15
1.3. CARACTERIZAÇÃO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	18
1.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	21
2.1. A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS	21
2.2. CONTRIBUTO DOS MODELOS TEORICOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.	22
2.2.1. Importância dos Modelos de Enfermagem na Prática Clínica	22
2.3. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN NA ESF	23
2.4. PROCESSOS TRANSIÇÃO FAMILIAR.....	26
2.4.1. Transição para a parentalidade	26
2.4.2. Transição Saúde-Doença	26
2.4.3. Gestão Doença Crónica na Infância.....	27
2.5. APLICAÇÃO PRÁTICA: ALERGIA ALIMENTAR NA INFÂNCIA.....	28
3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ENFERMAGEM	30
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	30
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	32
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	36
4.1. PERTINÊNCIA DO TEMA.....	36
4.2. METODOLOGIA.....	38
4.3. PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	38
4.4. RESULTADOS	42
4.5. DISCUSSÃO	58

4.6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	60
4.7. LIMITAÇÕES NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	62
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Descritivo e respectivas unidades de competência específicas do EEESF	32
Quadro 2 - Avaliação da qualidade artigo 1	42
Quadro 3 - Extração dos dados do Artigo 1	44
Quadro 4 - Avaliação da qualidade artigo 2	45
Quadro 5 - Extração dos dados do Artigo 2	46
Quadro 6 - Avaliação da qualidade artigo 3	50
Quadro 7 - Extração dos dados do Artigo 3	51
Quadro 8 - Avaliação da qualidade artigo 4	53
Quadro 9 - Extração dos dados do Artigo 4	54
Quadro 10 - Avaliação da qualidade artigo 5	55
Quadro 11 - Extração dos dados do Artigo 5.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Concelhos integrantes da ULS.	14
Figura 2 - Caracterização demográfica da população inscrita na USF	15
Figura 3 - Acolhimento e orientação dos utentes na USF T	17
Figura 4 -Pirâmide etária quinquenal do ficheiro do enfermeiro família.....	18
Figura 5- Esquema do modelo dos Sistemas de Betty Neuman.	24
Figura 6 - Fluxograma PRIMA (adaptado) do Processo de Seleção de Estudos.	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descritores DeCS/MeSH.....	39
---------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se na unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional, em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF), com Relatório Final”, integrada no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, especificamente na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Este estágio decorreu na USF T, entre 8 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, totalizando 297,5 horas de prática clínica supervisionada.

A realização deste estágio teve como principal finalidade aplicar, consolidar e aprofundar os conhecimentos teóricos e científicos adquiridos ao longo do percurso formativo, promovendo o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar. Pretendeu-se, assim, integrar o saber teórico e o saber prático, numa perspetiva crítica e reflexiva, centrada na melhoria contínua dos cuidados prestados à família enquanto unidade de cuidados.

Neste sentido, o presente relatório integra a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que visa analisar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) na capacitação parental para a gestão da Alergia Alimentar (AA) na infância, contribuindo para a melhoria das práticas clínicas baseadas na evidência.

O estágio teve como objetivos gerais o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada, quer ao nível dos domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), quer relativamente às competências específicas da Enfermagem de Saúde Familiar, sobretudo em contextos de vulnerabilidade (ESSS, 2025). Entre os objetivos específicos destacam-se: a execução de processos de cuidados à família sustentados em referenciais teóricos de enfermagem; a utilização, em contexto prático, de conhecimentos científicos baseados na evidência; a análise crítica da prática de cuidados e a reflexão acerca das intervenções realizadas, evidenciando crescimento profissional e autonomia clínica. Como objetivos transversais, salienta-se ainda o desenvolvimento de competências de tomada de decisão e de resolução de problemas complexos, bem como a capacidade de refletir criticamente sobre a aplicação do conhecimento em diferentes contextos de prática.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o contexto da prática clínica, incluindo a caracterização da USF T, a estrutura e funcionamento do ficheiro do Enfermeiro de Família e a dinâmica da consulta de enfermagem. O segundo capítulo aborda o enquadramento teórico da prática especializada, explorando o conceito de família como unidade de cuidados, o contributo dos modelos teóricos para a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), com destaque para o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e os processos de transição familiar, nomeadamente no contexto da transição para a parentalidade e da doença crónica na infância, culminando com o tema das Alergias Alimentares (AA) na infância. O terceiro capítulo integra as competências comuns e específicas do EEESF, acompanhadas de uma reflexão crítica sobre o seu desenvolvimento ao longo do estágio. Por fim, o quarto capítulo contempla os resultados da prática especializada baseada na evidência, sustentados numa RIL que inclui a pertinência do tema, metodologia, protocolo de pesquisa, resultados obtidos, discussão, implicações para a prática clínica e limitações do estudo.

O relatório termina com as conclusões gerais, onde se evidenciam as aprendizagens e contributos do percurso formativo e profissional, seguidas das referências bibliográficas, apêndices e anexos que sustentam o trabalho desenvolvido.

1. CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EEESF surge como o profissional de saúde responsável por garantir o acompanhamento especializado do Indivíduo e Família nas diferentes etapas do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (OE, 2015). Os cuidados prestados pelo EEESF têm por base as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura e o funcionamento familiar, assim como a relação que estes estabelecem com os diferentes subsistemas e o meio envolvente, e que originam mudanças na interação da família e o ambiente envolvente (OE, 2011).

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA ULS

A ULS é uma entidade do Serviço Nacional de Saúde que iniciou o seu funcionamento a 1 de janeiro de 2024, agregando o Centro Hospitalar O e os respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde, com o objetivo de prestar cuidados de saúde integrados e multidisciplinares à população de 8 concelhos (Figura 1), abrangendo cerca de 230 000 habitantes distribuídos por uma área de cerca de 1 348 km² (SNS, 2025).

Figura 1 - Concelhos integrantes da ULS.

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/938/Pages/default.aspx>



Como missão a ULS visa dar resposta integrada às necessidades de saúde da população da respetiva área de abrangência, prestando cuidados de saúde multidisciplinares, com rigor, excelência técnica, científica, organizativa, com ética profissional e justiça social. Assegurando a cada um dos utentes os cuidados correspondentes às suas necessidades, tendo por base as melhores práticas clínicas e uma eficaz utilização dos recursos disponíveis. Como missão a ULS pretende ser reconhecida pela comunidade como referência na oferta de cuidados de proximidade e qualidade, contribuindo para a investigação e ensino, promovendo assim ganhos em saúde e de qualidade de vida, aplicando as melhores práticas assistenciais e de gestão, cobertura, participação cívica e impacto ambiental (SNS, 2025).

No exercício da sua atividade, a ULS e os profissionais nela integrantes regem-se pelos seguintes valores e princípios: Centralidade no cidadão; serviço público; respeito e ética; humanização; rigor; trabalho em equipa; excelência e qualidade; desenvolvimento sustentável e transparência (SNS, 2025).

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A USF T data o início da sua atividade a 1 de setembro de 2006. Esta unidade conta com dois locais de funcionamento. Estes dois locais encontram-se a uma distância de cerca de 7 km entre si.

Missão, Visão e Valores

A USF T tem como missão promover os melhores índices de saúde e prestar cuidados ao indivíduo e às famílias da sua população, de modo a garantir acessibilidade, globalidade, qualidade e a continuidade dos cuidados, bem como promover a literacia em saúde, a prevenção e os comportamentos saudáveis. Como visão, pretende ser uma unidade de reconhecida qualidade para a obtenção dos melhores ganhos em saúde, valorizando os seus colaboradores, a sua formação e o espírito do trabalho multidisciplinar em equipa. São valores, a conciliação, cooperação, a solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e uma gestão participativa (SNS, 2025).

Área de Influência

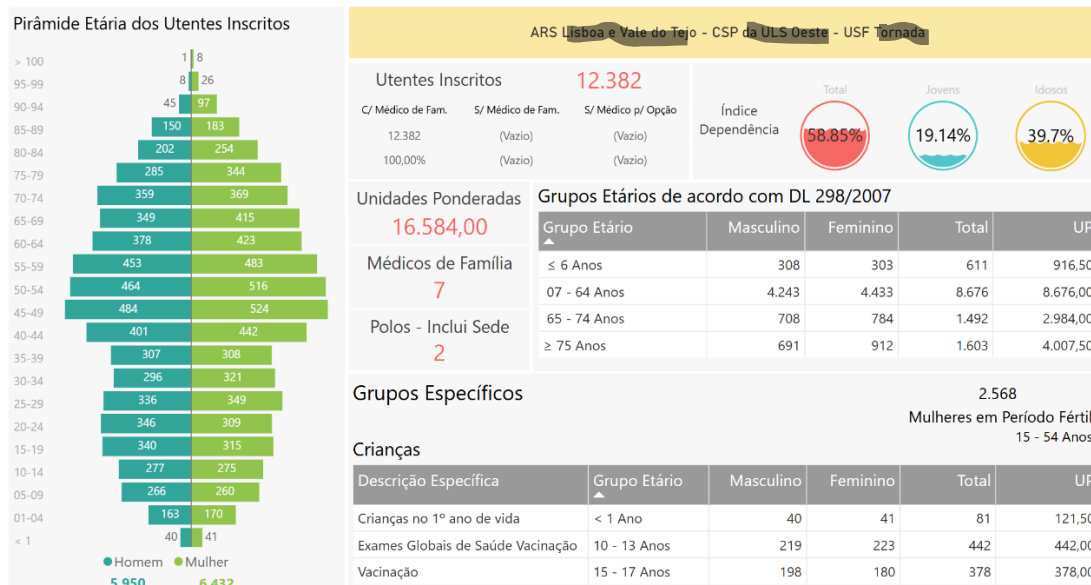
A USF T integra 2 freguesias, composta por aproximadamente 7017 habitantes, numa área de abrangência de 54120 km² (Junta Freguesia SM, 2025).

Caracterização Demográfica da População Inscrita na USF T

A USF T é constituída por 12.382 utentes, dos quais 5950 são homens e 6432 são mulheres. O grupo etário, de acordo com Decreto-Lei nº298/2007, com maior número de utentes corresponde ao grupo dos 7 aos 64 anos de idade, perfazendo um total de 8676 utentes. Tendo em conta a análise da pirâmide etária é possível concluir que a faixa etária com maior número de utentes inscritos corresponde aos utentes com idades compreendidas entre os 45 e os 49 anos de idade. O índice de dependência é elevado, cerca de 58,85%, o que representa uma parte significativa de jovens e idosos em relação à população em idade ativa. Os jovens até aos 14 anos de idade representam cerca de 19,14% da população desta USF, uma vez que 39,7% corresponde a utentes idosos com 65 anos ou mais de idade (Figura 3). Considerando os grupos específicos, cerca de 2568 das mulheres, com idade compreendida entre os 15 e os 54 anos de idade, encontram-se em período fértil. E existem cerca de 81 crianças no primeiro ano de vida e 378 jovens entre os 15 e os 17 anos de idade a realizar vacinação (SNS, 2025).

Figura 2 - Caracterização demográfica da população inscrita na USF

Fonte: Bilhete Identidade Cuidados Saúde Primário (BI CSP), acedido em maio de 2025.



Recursos Humanos e Equipas

A USF T é constituída por uma equipa de saúde familiar composta por 7 médicos de Medicina Geral e Familiar; 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária na área Comunitária e Saúde Pública, 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, 3 enfermeiros generalistas e 5 secretários clínico. É uma equipa do tipo nuclear, flexível e multidisciplinar que visa facilitar a articulação e organização na prestação de cuidados à população. De modo a cumprir as metas assistenciais preconizadas foram formadas micro equipas constituídas por 1 médico, 1 enfermeiro de família e 1 assistente técnico. O atendimento dos utentes é realizado, preferencialmente, pela sua equipa de saúde familiar, embora, sempre que ocorra a ausência de um dos elementos da equipa multidisciplinar, os cuidados serão sempre assegurados por outro elemento da equipa (SNS, 2025).

A organização interna da Unidade T é constituída por três órgãos principais: conselho geral, que integra todos os elementos da equipa multidisciplinar; a coordenação, representada por um médico da equipa multidisciplinar e o conselho técnico, constituído por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico. O funcionamento desta instituição baseia-se, assim, numa gestão participada, multidisciplinar e orientada para a qualidade, garantindo a articulação entre os diferentes profissionais e a resposta adequada às necessidades da população (SNS, 2025).

Existe 1 técnico auxiliar de saúde, elemento externo à unidade, que é responsável pela limpeza da USF T e uma equipa de segurança, constituída por dois elementos.

Estrutura Física

O edifício da USF T é constituído por um estacionamento destinado aos utentes e um aos elementos da equipa multidisciplinar, um pequeno jardim exterior, um pátio de acesso exclusivo aos profissionais. No seu interior é constituído por uma sala de espera destinada aos utentes, 1 gabinete administrativo, 3 gabinetes de enfermagem, 7 gabinetes médicos, 1 sala de reuniões multidisciplinares, 1 sala tipo back office, 1 casa de banho destinada aos utentes e 1 destinada aos profissionais da instituição, 1 sala de vestiários mistos com 1 casa de banho, 1 copa, 1 sala de aprovisionamento para o armazenamento de

material de uso clínico, 1 sala arrumos e 1 sala destinada ao arquivo. Existe um corredor central que une a sala de espera e o secretariado às restantes salas mencionadas. Os gabinetes de enfermagem estão numerados de 1 a 3 e os gabinetes médicos do 4 ao 10. Todos os gabinetes são compostos por uma secretária, cadeiras, computador, impressora, telefone, marquesa, lavatório, armários e material de uso clínico e de enfermagem. Nos gabinetes de enfermagem existem equipamentos destinados a cada uma das consultas: aparelhos para avaliar a tensão arterial com braçadeira pediátrica e de adulto, 2 balanças pediátricas, balanças de adultos, fita métrica, craveira, kit avaliação do pé diabético – inclui o monofilamento e diapasão, frigorífico para acondicionamento das vacinas, mala de emergência, carro com material destinado ao tratamento de feridas, desfibrilhador automático externo, armário com medicamentos, 1 garrafa de oxigénio e oxímetro.

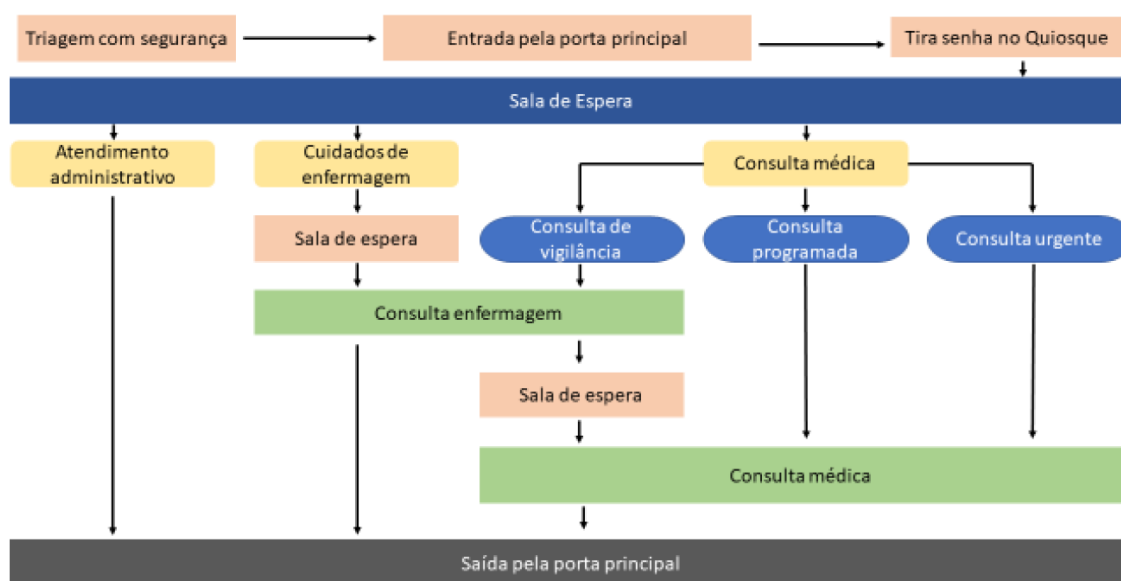
Acessibilidade e circuito dos Utentes

Na USF T existe um fluxograma que visa uma organização clara e funcional do percurso do utente dentro da unidade, facilitando o encaminhamento às diferentes áreas de atendimento (Figura 4). A entrada e saída do utente é realizada por uma única porta principal.

O segurança realiza uma triagem e direciona o utente à portal principal. Apoia no uso do quiosque, facilitando a sua admissão na unidade. O utente aguarda na sala de espera até ser chamado para as diferentes áreas de atendimento. Aguardam atendimento administrativo, para agendamento ou desmarcação de consultas, pedido de receituário e outros assuntos diversos. Em situações que são necessários apenas de cuidados de enfermagem, o utente aguarda na sala de espera até á chamada pela equipa de enfermagem. No caso de consulta médica de vigilância, o utente é encaminhado para uma consulta de enfermagem antes de regressar à consulta médica. Após a conclusão do atendimento, a saída do utente ocorre sempre pela porta principal (SNS 2025).

Figura 3 - Acolhimento e orientação dos utentes na USF T

Fonte: Regulamento Interno da USF T.



Horário de funcionamento e Alternativas Assistenciais

A USF T funciona de 2ª a 5ª feira, das 8 horas às 20 horas, com exceção das 6ª feiras, que funciona das 8h às 14h e das 16h às 20h. Com interrupção das 14h as 16h para realização de reunião multidisciplinar. Aos Feriados, sábados e domingos a USF encontra-se encerrada. A USF T integra o polo de SM, que conta com um horário de funcionamento de 2ª a 6ª feira das 8h às 13h.

No que respeita as alternativas assistências, a USF disponibiliza a todos os seus utentes o acesso a uma consulta médica e ou de enfermagem desde que, dentro do horário de funcionamento da mesma. Fora do período de funcionamento os utentes em situação de doença aguda grave deverão recorrer ao Centro Hospitalar de referência.

1.3. CARACTERIZAÇÃO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

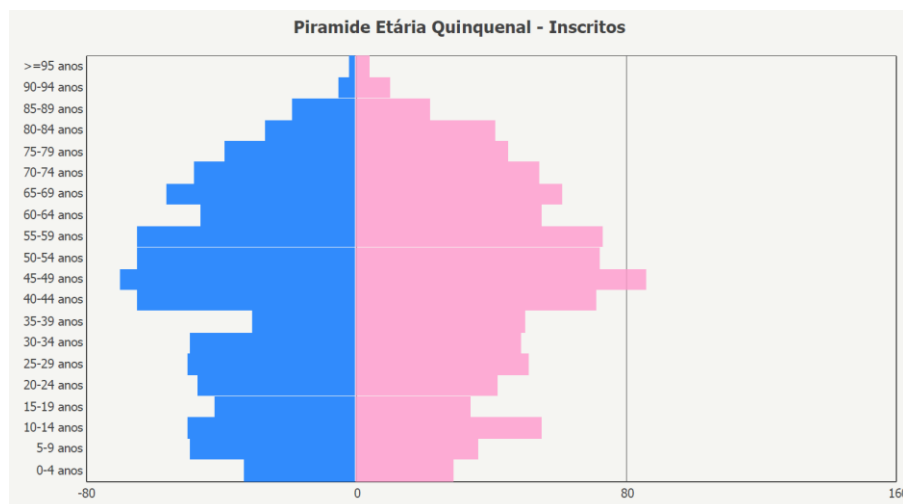
O ficheiro da equipa de saúde familiar em que me integrei, é constituído por um total de 1798 utentes, distribuídos por 749 agregados familiares. A distribuição por género revela uma ligeira predominância do género feminino, cerca de 940 mulheres face a 858 homens. No que respeita à estrutura etária, observa-se que a maioria dos utentes pertence ao grupo etário dos 7 aos 64 anos, com cerca de 1269 utentes. O grupo etário dos 65 aos 74 anos, integra cerca de 219 utentes, enquanto os utentes com 75 ou mais anos constituem cerca de 214 utentes. O grupo das crianças até aos seis anos perfazem um total de 96 utentes (figura 5.).

Entre os utentes identificados, temos como principais problemas de saúde, o excesso de peso, alterações do metabolismo dos lípidos, obesidade, hipertensão, perturbações depressivas e ansiosas, patologias crónicas como a diabetes, doenças cardiovasculares e osteoartroses (MIM@UF, 2025).

O ficheiro do enfermeiro de família evidencia uma população predominantemente constituída por adultos idosos, marcada por uma elevada prevalência de doenças crónicas, fatores de risco metabólico e problemas de saúde mental, o que evidencia a necessidade de cuidados de saúde direcionados para a educação para a saúde e prevenção de comportamentos de risco.

Figura 4 -Pirâmide etária quinquenal do ficheiro do enfermeiro família.

Fonte: MIM@UF, dados de abril de 2025.



1.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem é uma estratégia para aplicar o processo de enfermagem na identificação de diagnósticos de enfermagem, da prescrição e implementação de intervenções e da avaliação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de modo a assegurar os cuidados de enfermagem individualizados e efetivos (Melo, 2024, p.13).

Critérios de Elegibilidade para a Consulta de Enfermagem ao Domicílio.

A consulta de enfermagem ao domicílio na USF T visa a prestação de cuidados ao Indivíduo e à Família em situações de promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados direcionada para os cuidados à pessoa em fim de via, tratamento da pessoa com feridas crónicas, vigilância e referência para outras unidades de saúde. O agendamento da consulta de enfermagem pode ser realizado através de um pedido por parte do utente, por iniciativa dos profissionais de saúde, por solicitação de outros profissionais da própria unidade ou de outra instituição externa.

São elegíveis para a consulta de enfermagem ao domicílio, os utentes com feridas crónicas ou úlceras de pressão, dificuldades na alimentação ou hidratação, dispositivos médicos a necessitar de vigilância, agudização de doenças crónicas, alta hospitalar recente com agravamento do nível de dependência, necessidade de cuidados paliativos ou administração de medicação justificada. Situações fora destes critérios são avaliadas e agendadas conforme disponibilidade e decisão do enfermeiro. Caso exista a necessidade de uma deslocação superior a três vezes por semana, deve ser discutida com a equipa para ponderar referência à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A periodicidade das visitas é definida tendo em conta a avaliação individual de cada utente e avaliação inicial.

São critérios de admissão as situações de dependência física, psíquica ou intelectual que impossibilitem a deslocação do utente, seja temporária ou permanente (Espadana et al, 2023).

Carteira Básica de serviços

A carteira básica de serviços é aplicável a todas as USF, independentemente do seu modelo organizacional. O compromisso assistencial é igual em qualidade, variando apenas em aspetos como o número de utentes abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais. Esta carteira de serviços

pretende garantir cuidados de saúde familiar com foco na vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diferentes etapas de vida do indivíduo e da família (DR portaria n.º 14237/2024 de 2 de dezembro – anexo I).

Da carteira básica de serviços da USF T consta a consulta agendada para programas de vigilância em saúde, como a Diabetes, Hipertensão Arterial, Saúde Materna, Planeamento Familiar/Saúde da Mulher, a Saúde Infantil e vacinação. Inclui também, a consulta aberta do próprio profissional, consulta de reforço (utentes referenciados pelo Serviço Nacional Saúde 24), consulta programada agendada pelo médico, consulta de reforço por doença aguda agendada pelo utente, consulta domiciliária (médica e de enfermagem) e outros atendimentos de enfermagem.

Carteira Adicional de serviços

A prestação de cuidados de saúde pela USF pode ser alargada para além da carteira básica de serviços, mediante a identificação de necessidades específicas dos utentes e a disponibilidade de recursos humanos e técnicos. Neste contexto, as USF podem colaborar com outras unidades funcionais da ULS na implementação de uma carteira adicional de serviços, sem prejuízo do cumprimento do compromisso assistencial da carteira básica da respetiva USF.

A USF T presta cuidados de saúde adicionais no edifício da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, no âmbito do programa de saúde da mulher. Entre estes cuidados, destaca-se a realização do rastreio do cancro do colo do útero, dirigido a todas as pessoas com colo do útero, com idades compreendidas entre os 30 e os 69 anos (inclusive), (Norma n.º 09/2024 da DGS). Este rastreio é efetuado sobretudo através de consultas de planeamento familiar e de rastreio do cancro do colo do útero, promovendo a deteção precoce de lesões precursoras e contribuindo para a redução da morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia.

Atendimento Telefónico

O atendimento telefónico pela equipa de enfermagem realiza-se das 12h às 14h e das 18h às 20h nos dias uteis (ULS, 2025)

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

2.1. A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS

A família, enquanto unidade sistémica dotada de funções sociais, constitui o espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus membros. Independentemente da sua composição e estrutura, as famílias desenvolvem funções essenciais que asseguram a integridade da unidade, respondendo às necessidades individuais dos seus elementos, às expectativas sociais e às demandas do contexto em que se inserem. Relvas (2000), citado por Figueiredo (2023, p.93), define a família como um conjunto de indivíduos que estabelecem entre si interações sistemáticas e organizadas, conferindo-lhe individualidade grupal e autonomia. Contudo, enquanto grupo dinâmico, a família evolui em função das suas finalidades, adaptando as suas funções ao longo do ciclo vital e face às transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2012).

Figueiredo (2012) adota uma perspetiva sistémica do conceito de família, integrando variáveis como a autodeterminação, os vínculos afetivos e a interdependência entre os seus elementos, expressa nos processos interacionais. Estes processos emergem como co construções evolutivas, inerentes à complexidade e multidimensionalidade familiar, congregando um sistema de valores, conhecimentos e práticas num espaço relevante de socialização e humanização. A família deve, assim, ser compreendida tanto na sua composição, enquanto indivíduos que interagem entre si através de vínculos específicos, como no seu enquadramento espacial, ou seja, o ambiente social em que se encontra inserida.

Todas as famílias possuem uma herança cultural e uma história que constituem elementos integrantes da sua saúde e vida familiar. Conhecer o contexto social e os momentos relevantes da história familiar revela-se, portanto, fundamental para identificar o significado que cada pessoa atribui à sua vivência (Pérez et al., citado por Figueiredo, 2023). Deste modo, a família configura-se como um sistema aberto, caracterizado por inter-relações recursivas, num contexto de instabilidade, intersubjetividade e complexidade inerentes ao seu funcionamento (Figueiredo, 2012).

Atualmente identificam-se famílias orientadas por modelos tradicionais e configurações contemporâneas com estruturas e padrões de funcionamento diversificados entre os seus membros (Hanson, 2005, citado por Figueiredo, 2023, p.101). Ao considerar-se o ciclo de vida familiar como uma sucessão de estágios em que o desenvolvimento individual se integra no desenvolvimento coletivo, o funcionamento das famílias contemporâneas exige reconhecer a fase do ciclo vital em que se encontra cada membro, bem como o desempenho dos papéis esperados, as funções associadas e as respetivas hierarquias. Tal reconhecimento facilita a identificação de limites e a necessidade de redefinições nos papéis familiares (Guimarães & Cafieiro, 2018, citado por Figueiredo, 2023).

Figueiredo (2012) enfatiza que cuidar da família constitui um interesse primordial da Enfermagem de SF, assumindo as famílias como unidades dotadas de energia e capacidade auto-organizativa. Os cuidados de enfermagem às famílias, ancorados numa abordagem sistémica, valorizam as interações entre os seus elementos enquanto suporte à vida e à saúde dos seus membros. A mesma autora propõe uma tipologia de famílias que integra a multiplicidade de formas de organização familiar e a diversidade

das suas configurações, classificando-as da seguinte forma: casal, família nuclear, casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adotados, família reconstruída, família monoparental, coabitação, família institucional, comuna, unipessoal e alargada.

Com base no modelo sistémico como paradigma de abordagem da família, a saúde é concebida na perspetiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação numa lógica de continuum entre transformação estrutural e manutenção da organização do sistema, conferindo-lhe desenvolvimento sequencial (Alarcão, 2002). Neste contexto, questiona-se qual o contributo específico da intervenção do EEESF para a promoção da saúde das famílias. É neste enquadramento que os modelos teóricos de enfermagem revelam a sua pertinência, ao oferecerem estruturas conceptuais que orientam a prática clínica avançada centrada na família, permitindo sistematizar a avaliação, o diagnóstico e a intervenção em contextos de complexidade familiar (Alligood & Tomey, 2002).

Este enquadramento teórico sustenta a necessidade de analisar, de forma sistematizada, a evidência científica disponível sobre a capacitação parental na gestão da AA, justificando a realização desta RIL apresentada no capítulo seguinte.

2.2. CONTRIBUTO DOS MODELOS TEORICOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.

Os modelos teóricos de enfermagem consistem num conjunto de pressupostos, princípios ou proposições interpretativas que contribuem para orientar a ação. Constituem o principal meio para a construção do corpo de conhecimento da disciplina de enfermagem, são fundamentais no ensino de enfermagem, na promoção do conhecimento científico e servem de orientação para a prática dos cuidados baseada na ação/reflexão (Alligood & Tomey, 2018 citado por Marques, *et al.*, 2024, p.41). No contexto da ESF, a seleção de modelos teóricos que reconheçam a família como unidade de cuidados e que integrem a multidimensionalidade das transições vividas pelos seus membros assume particular relevância, uma vez que permite fundamentar intervenções mais coerentes com a complexidade das situações em que o EEESF intervém.

2.2.1. Importância dos Modelos de Enfermagem na Prática Clínica

O enquadramento teórico da prática especializada em ESF assenta na consolidação da enfermagem enquanto disciplina profissional dotada de um corpo de conhecimentos próprio, estruturado em teorias, modelos conceptuais e teorias de médio alcance que orientam a observação, o raciocínio clínico e a tomada de decisão. À luz da perspetiva de Alligood e Tomey (2002), os modelos de enfermagem constituem construções abstratas que organizam os conceitos nucleares da disciplina, clarificando as relações entre pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem, e permitindo que a prática se desenvolva de forma intencional, sistematizada e cientificamente fundamentada (Alligood & Tomey, 2002). Nesta linha, o EEESF suporta as suas intervenções em referenciais teóricos robustos, capazes de enquadrar a família como unidade de cuidados e de orientar a intervenção nos diferentes momentos do ciclo vital e nos distintos contextos de saúde.

A atuação do EEESF encontra-se definida pelo Regulamento das Competências Específicas do EEESF”, que explicita a responsabilidade na prestação de cuidados à família ao longo do ciclo vital, em todos os níveis de prevenção, e na liderança de processos de intervenção em enfermagem de saúde familiar (Regulamento n.º 126/2011). Este enquadramento normativo reforça a necessidade de uma prática

avançada, que não se limita à execução de procedimentos, mas integra a avaliação complexa da família, a identificação de focos de atenção em saúde e o planeamento de intervenções ajustadas às necessidades específicas de cada sistema familiar. Neste sentido, a adoção de modelos teóricos de enfermagem, tal como salientado por Alligood e Tomey, é um critério de maturidade disciplinar, na medida em que evidencia que as decisões do EE são sustentadas por conhecimento próprio da disciplina e não apenas por orientações de outras áreas do saber (Alligood & Tomey, 2002).

Os modelos teóricos de enfermagem assumem, assim, um papel central na qualificação da prática clínica. Para Alligood e Tomey (2002), estes modelos oferecem uma estrutura conceptual que permite ao EE organizar o pensamento, definir prioridades, formular diagnósticos de enfermagem, estabelecer resultados esperados e selecionar intervenções coerentes com a sua avaliação. Paralelamente, promovem uma linguagem comum entre profissionais, facilitam a comunicação interprofissional e contribuem para a articulação entre teoria, investigação e prática, na medida em que os conceitos e relações propostos pelos modelos orientam tanto a produção de conhecimento como a sua aplicação em contexto clínico. Deste modo, a utilização de modelos teóricos na prática especializada em ESF não é apenas desejável, mas constitui um requisito para a consolidação de uma prática autónoma, reflexiva e baseada na evidência.

2.3. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN NA ESF

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman destaca-se pela sua relevância para a ESF, na medida em que oferece um quadro holístico para compreender a pessoa, a família ou a comunidade enquanto sistemas abertos em interação constante com o ambiente (Alligood & Tomey, 2002). Neuman conceptualiza o cliente como um sistema composto por várias variáveis, fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual, protegido por linhas de defesa e de resistência, que se interrelacionam na manutenção da estabilidade do sistema. A saúde é entendida como um continuum entre bem-estar e doença, e os stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais são descritos como forças que podem ameaçar essa estabilidade, exigindo respostas de adaptação e intervenção profissional.

Transpondo estes conceitos para a ESF, a família pode ser compreendida, à luz de Neuman, como um sistema aberto em permanente interação com múltiplos stressores, internos e externos. Esta leitura sistémica e multidimensional da família aproxima-se claramente da visão do EEESF, que é chamado a avaliar não apenas o estado de saúde de cada indivíduo, mas também a forma como a estrutura, os papéis, a comunicação e os recursos da família influenciam a sua capacidade de responder aos desafios em saúde.

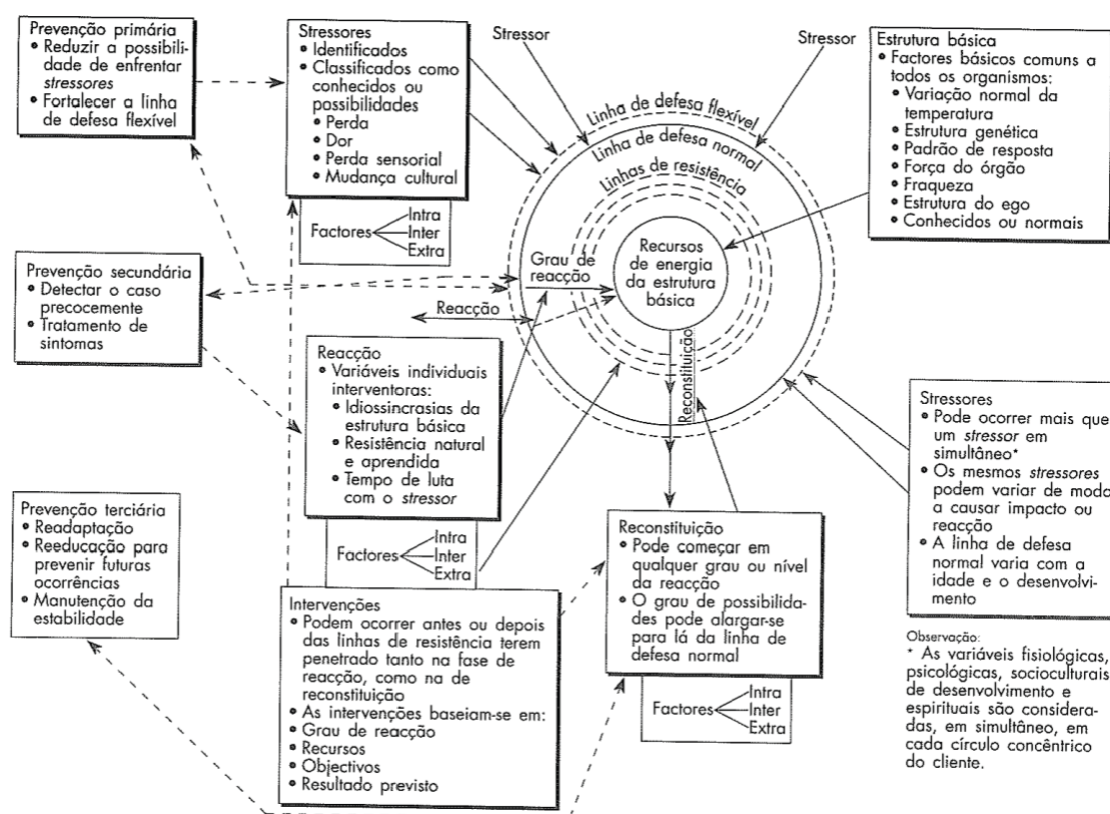
O contributo do Modelo de Sistemas de Betty Neuman para a prática do EEESF torna-se particularmente evidente quando se consideram os três níveis de prevenção em que se organiza a intervenção de enfermagem: prevenção primária, secundária e terciária. Esta organização da intervenção em três níveis preventivos encontra uma forte consonância com o perfil de competências do EEESF. Ao EEESF é atribuída a responsabilidade de desenvolver intervenções de promoção da saúde familiar, de gerir situações de vulnerabilidade e de crise, e de acompanhar processos de adaptação a mudanças previstas e não previstas ao longo do ciclo vital, atuando em todas as fases do continuum saúde/doença (Regulamento n.º 126/2011). O Modelo de Neuman, neste contexto, ajuda o EE a identificar em que nível de prevenção deve situar a sua intervenção e que tipo de estratégias podem ser mais adequadas para proteger ou restaurar a estabilidade do sistema familiar. Ao mesmo tempo, reforça a importância

de envolver a família na definição de objetivos, na escolha das intervenções e na avaliação dos resultados, numa lógica de parceria (Alligood & Tomey, 2002).

A articulação entre o Modelo de Sistemas de Neuman e a prática regulada do EEESF permite, assim, consolidar uma prática clínica especializada, centrada na família e ancorada em conhecimento teórico específico da enfermagem. Tal como sublinhado por Alligood e Tomey (2002), a utilização de modelos teóricos como o de Neuman contribui para aproximar teoria e prática, favorecendo uma intervenção mais consistente, coerente e passível de ser avaliada e investigada. Deste modo, este modelo constitui um referencial particularmente pertinente para a ESF, ao oferecer um quadro conceptual robusto para compreender a complexidade das famílias, orientar a gestão de stressores e estruturar intervenções preventivas alinhadas com o perfil de competências específicas do EEESF. O modelo encontra-se representado através do esquema na figura 6.

Figura 2 - Esquema do modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

Fonte: Tomey e Alligood (2002).



Tendo em conta que o Modelo de Sistemas de Betty Neuman estrutura a intervenção em enfermagem perante stressores que ameaçam a estabilidade familiar, torna-se pertinente complementar este referencial com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, particularmente quando analisamos processos desenvolvimentais como a transição para a parentalidade. Esta fase do ciclo vital constitui um stressor

poderoso para o sistema familiar, exigindo do EEESF intervenções preventivas que promovam uma adaptação saudável (Neuman citado por Alligood & Tomey, 2002).

2.4. PROCESSOS TRANSIÇÃO FAMILIAR

As transições são entendidas como experiências humanas descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais, sociais e ambientais, pelas expectativas e percepções, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações na percepção da própria saúde. Para que ocorram transições saudáveis, cada pessoa necessita de incorporar novos conhecimentos, ajustar comportamentos, redefinir significados associados aos eventos e ajustar a definição de si mesmo no contexto social (Chick & Meleis, 1986 citado por Marques et al. 2024, p.3).

As transições familiares são alvo de intervenção por um EE, porque independentemente da natureza da transição, os acontecimentos que a originam implicam uma necessidade de reorganização nos papéis e nas tarefas de cada um dos elementos e da família, que, por conseguinte, pode pôr em causa o seu equilíbrio e funcionamento. Uma transição saúde/doença implica mudanças no sistema familiar, nos papéis que cada um desempenha e nos estilos de vida da família (Figueiredo, M et al. 2024, p.339). Segundo Meleis et al., (2011) citado por Figueiredo, M et al. (2024, p.339) a família tem de ser capacitada a utilizar os recursos que lhe permitam resolver os desajustes no sentido de se adaptarem a um novo estado.

2.4.1. Transição para a parentalidade

A transição para a parentalidade constitui um processo crucial do ciclo vital do adulto, caracterizado por mudanças significativas que demandam adaptações físicas, emocionais, psicológicas e sociais profundas (Meleis et al., 2000, citado por Victória et al., 2024). Iniciado frequentemente durante a gravidez ou mesmo na concepção, este processo requer uma reestruturação de papéis e responsabilidades, transitando de uma realidade conhecida para um contexto novo e irreversível, com potencial para desencadear crises individuais e familiares.

Esta transição desenvolvimental acarreta transformações significativas nos papéis, funções e estrutura organizacional da vida familiar, particularmente na passagem do subsistema conjugal para o subsistema parental (Meleis, 2010, citado por Marques et al., 2024). Representa, assim, um momento determinante no qual o EEESF desempenha um papel central na capacitação dos futuros pais, promovendo uma adaptação saudável a esta nova configuração familiar.

2.4.2. Transição Saúde-Doença

A saúde da família traduz -se num conjunto de crenças sobre comportamentos de saúde e os comportamentos a adotar em caso de doença. Tendo em conta o padrão que constitui a identidade e as regras estruturantes da família enquanto unidade organizativa esta mobiliza recursos internos e externos da Família de modo a adaptar-se à situação de doença (Figueiredo, 2023, p.212). A família enquanto função promove a saúde de todos os seus membros através do desenvolvimento de atividades que fortaleçam a unidade familiar, assim como recuperar a saúde dos mesmos quando é necessário.

Numa família com criança com doença, a doença deste membro será considerada fator de stress familiar, pois ocorre um conjunto de mudanças internas e ou externas na família, decorrentes da instabilidade do evento accidental. A forma como ocorrem estas mudanças é distinta em cada família,

sendo que até na mesma família podem ser distintas, de acordo com o estágio de desenvolvimento e o contexto em que ocorre o fator de stress.

A vivência de uma doença na família constitui um importante fator de stresse familiar e, seja diretamente ligada à condição de doença, seja a outros acontecimentos inesperados que implicam mudanças significativas, pode desencadear situações de crise. Para Minuchin (1990) citado por (Figueiredo, 2023, p. 214), a crise pode constituir uma oportunidade para a família reorganizar-se e desenvolver formas de funcionamento mais adequadas em resposta ao evento gerador de stresse. A crise desencadeia períodos de transição que exigem alterações nos padrões de funcionamento familiar, na forma como cada membro compreende a doença e no modo como apoia o familiar doente, preservando simultaneamente a sua própria individualidade. Para que a família mantenha um funcionamento adequado nestas circunstâncias, é necessário alcançar um equilíbrio dinâmico entre os mecanismos que garantem a estabilidade do sistema familiar e as forças que promovem a mudança (Relvas, 2003, citado por Figueiredo, 2023, p.215).

A transição saúde/doença traduz-se numa alteração súbita e significativa no desempenho de papéis do indivíduo, decorrente da passagem de um estado de saúde para uma condição de doença. Esta transição repercute-se tanto na pessoa doente como na sua família, exigindo reorganização de funções, expectativas e rotinas, o que pode gerar stresse, incerteza e vulnerabilidade. O impacto deste processo pode, contudo, ser atenuado através de um acompanhamento próximo e de cuidados de enfermagem individualizados, uma vez que o enfermeiro se encontra numa posição privilegiada para identificar necessidades, esclarecer dúvidas e apoiar o indivíduo e família na construção de respostas adaptativas.

No contexto desta transição, o EEESF assume um papel facilitador, ao promover a compreensão da própria situação de saúde e dos cuidados necessários, potenciando a capacidade de adaptação do indivíduo e da família. Ao favorecer o desenvolvimento de competências de autocuidado e a participação ativa na gestão da condição de saúde, o EEESF contribui para a manutenção ou promoção da saúde e do bem-estar, apoiando uma vivência mais autónoma e resiliente da experiência de doença (Meleis, 1991, citado por Figueiredo, 2023, p. 222).

2.4.3. Gestão Doença Crónica na Infância

A doença crónica representa para a família um elevado peso, uma vez que surgem problemas de origem económica decorrentes de alterações impostas por estas doenças. O aumento das responsabilidades relacionadas pode provocar exaustão, desequilíbrios emocionais, doenças físicas e alterações do estilo de vida.

As famílias desempenham uma função extremamente importante no apoio ao bem-estar e saúde da criança com doença crónica, enfrentando a responsabilidade pela autogestão da sua condição. O apoio familiar tem efeitos significativamente positivos na autogestão da doença e no bem-estar emocional (Figueiredo, 2023, p.252). As famílias das crianças com doenças crónicas devem equilibrar a autonomia da criança e o desenvolvimento contínuo dos comportamentos que promovem a adequada gestão da doença. A presença destas doenças na infância podem ser fonte de aumento de stress e angústia entre os membros da família, originando ruturas nas relações intrafamiliares e na estrutura e coesão familiar (Blount et al., 2008 citado por Figueiredo, 2023, p.254).

O funcionamento familiar, no que respeita às relações familiares adaptativas e o adequado ajuste dos pais/cuidadores é um importante determinante na qualidade de vida e bem-estar destas crianças.

Fatores específicos da família como nível socioeconómico, estado civil do cuidador e o número de filhos que compõem o agregado familiar estão associados ao funcionamento da família. O funcionamento familiar pode melhorar se houver adequada negociação de papéis antes ou durante as crises, de modo a promover a gestão ideal da doença. Os pais/cuidadores quando têm um filho com doença crónica necessitam de aprender sobre as dietas especiais, medicamentos, desafios escolares, hospitalizações, assim como problemas do comportamento. Fatores como dependência física em relação aos seus pais/cuidadores, presença de mitos, equívocos sobre a doença, estigma, falta de conhecimento das famílias sobre a doença crónica, relacionam-se com níveis de stress nos pais/cuidadores, assim como na qualidade dos cuidados prestados à criança (Rani & Thomas, 2019 citado por Figueiredo, 2023, p.254). Dificuldades na gestão da doença crónica podem aumentar com o decorrer do tempo, pelo que o EEESF deve ser sensível e estar desperto para as várias necessidades inerentes. A educação para a saúde destas famílias representa um pilar importante da prestação de cuidados dos EEESF, pois estes profissionais são elementos-chave na capacitação e na função de cuidar da Família. A interação Enfermeiro/Família é fulcral na adaptação dos vários membros da família às novas exigências impostas pela doença crónica. Deste modo será possível contribuir para a diminuição da exaustão familiar, ainda que atitudes hostis ou exagerada superproteção por parte dos cuidadores/família causam stress emocional e dificultam a adaptação, assim como contribuem para a perda de autonomia da criança com doença crónica (Figueiredo, 2023, p.227).

Silva (2002) citado por Figueiredo (2023, p.227) refere que educar para a saúde deve ser uma prática continua e não deve estar apenas centrada em fornecer informação e mudar comportamentos, devendo respeitar o direito às escolhas individuais, diferenças culturais, sociais, familiares, profissionais, formas comunicacionais, crenças e expectativas, fornecendo autonomia para que as Famílias consigam, diariamente, de forma autónoma optar pelas atitudes e intervenções mais adequadas do seu dia a dia de um modo reflexivo, partilhado e não imposto. O papel do EEESF passa por ajudar estas famílias proporcionando o desenvolvimento de competências que se concretizam na partilha de poder e aquisição de consciência crítica e capacidade de julgamento necessário para dar respostas às necessidades das suas famílias (Figueiredo, 2023, p.227).

2.5. APLICAÇÃO PRÁTICA: ALERGIA ALIMENTAR NA INFÂNCIA

A AA corresponde a uma resposta imunológica exagerada desencadeada pela ingestão, contacto ou inalação de determinado alimento, reconhecido pelo organismo como prejudicial, podendo ocorrer mesmo perante exposições a quantidades reduzidas. A substância causadora denomina-se alérgénio (Cabral, 2024). Na Europa e nos Estados Unidos, os alimentos mais frequentemente implicados na AA infantil incluem o leite de vaca, o ovo, os frutos secos e o amendoim (Gaspar et al.,2024), os mariscos, peixes e a soja (Heideman & Poronsky,2022). A exposição a um alérgénio alimentar pode ocorrer por contacto, ingestão ou inalação, sendo que na AA, a manifestação mais frequente é a reação cutânea (Heideman & Poronsky,2022). As reações graves, incluindo a anafilaxia, estando maioritariamente associadas à ingestão do alérgénio em causa, sendo os principais sintomas o prurido, urticária, edema dos lábios ou da língua, tosse, dispneia, cólicas abdominais e vômitos (Heideman & Poronsky,2022).

A AA afeta cerca de 6–8% das crianças em idade escolar na Europa (SPAIC,2014) e aproximadamente 8% das crianças globalmente (Heideman & Poronsky, 2022), com prevalência crescente que constitui um problema de saúde pública. Em Portugal, os dados epidemiológicos são limitados, restringindo o conhecimento sobre alérgénios predominantes e extensão do problema pediátrico a nível nacional.

A AA é uma condição crónica sem cura, a prevenção passa pela evicção do alergénio, identificação precoce de reações e intervenção adequada durante os episódios agudos (Gaspar et al., 2024). Esta condição tem um impacto significativo na qualidade de vida da criança e da sua família (Stensgaard et al., 2017 citado por Kwen & Oh, 2022), com repercussões psicológicas, sociais, emocionais e de segurança alimentar, além de envolver um custo económico acentuado na sua gestão (Gaspar *et al.* 2024). Em termos emocionais e psicológicos, a AA está associada a problemas de ansiedade na criança e na sua família, decorrentes do impacto da dieta de evicção e do medo de uma nova reação alérgica (Gaspar et al. 2024). Do ponto de vista social, atividades diárias, como idas ao supermercado, preparação de alimentos, jantar fora ou visitar familiares e amigos (Feng & kim, 2019 citado por Heideman & Poronsky, 2022).

No contexto escolar, 1 em 13 crianças tem AA, o que equivale, em média, a aproximadamente dois alunos por sala de aula (CDC, 2013 citado por Heideman & Poronsky, 2022), sendo que 30% das anafilaxias ocorrem nas escolas (Kwen & Oh 2022) evidenciando a necessidade de ambientes escolares seguros e capazes de prevenir situações de bullying. Pais e cuidadores referem receber informação insuficiente sobre gestão da AA (C., Rishma, et al., 2020).

3. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ENFERMAGEM

O EEESF, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), deve mobilizar e aplicar um conjunto aprofundado de conhecimentos, aptidões e competências específicas que lhe permitam avaliar de forma abrangente a saúde das famílias, bem como, estabelecer uma relação terapêutica com a família com vista a atribuir sentido ao processo saúde/doença. Esta abordagem possibilita ao EE formular juízos clínicos fundamentados e tomar decisões adequadas, mesmo perante situações e contextos complexos. Pelo que irei, através de uma análise crítico-reflexiva abordar as competências adquiridas ao longo deste estágio, tendo por base as orientações expressas no regulamento n.º 428/2018 das Competências comuns e específicas do EE em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE, segundo o regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, é o profissional de enfermagem reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, nas áreas de especialidade da profissão (OE, 2018). O EE partilha um conjunto de competências comuns, aplicáveis transversalmente em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde.

Segundo a OE (2018), os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são as seguintes:

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

No decorrer do estágio, realizado na USF T sob orientação e supervisão do EE, participei e desenvolvi atividades que me proporcionaram o desenvolvimento de competências específicas. Estas atividades, integradas na prestação de cuidados especializado, permitiram-me consolidar competências associadas aos vários domínios das competências exigidas para este mestrado.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, prestei cuidados demonstrando uma prática segura, profissional e, de acordo com a deontologia profissional tendo em conta a equipa de saúde onde estou inserida. A prática dos cuidados, com base na resolução dos problemas em saúde foram realizadas em parceria com a família, sendo que a tomada de decisão teve por base o conhecimento e a experiência. Assegurei o respeito pelo direito da família no acesso à informação, assim como a confidencialidade, privacidade e segurança da informação institucional recolhida acerca dos utentes, profissionais e unidade, tendo cumprido as medidas previstas através do regulamento geral de proteção de dados da união europeia. Enquanto futura enfermeira especialista prestei cuidados garantindo a privacidade, segurança e dignidade do indivíduo, família e comunidade, assim como respeitei os seus valores e as crenças religiosas e espirituais.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei, ao longo da prestação de cuidados, garantir um ambiente seguro e terapêutico, fundamentando as minhas decisões com base na evidência científica e em conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado. Como forma de garantir uma prestação de cuidados eficiente e orientada para a excelência, procurei desenvolver conhecimento com base na procura da satisfação das necessidades identificadas na família alvo de estudo, respeitando a cultura e crenças familiares da família. O desenvolvimento e implementação de competências relacionados com programas de melhoria de continua da qualidade não foram desenvolvidas, uma vez que seria necessário mais tempo do presente estágio.

No âmbito da gestão dos cuidados, integrei a equipa interdisciplinar da unidade, onde desenvolvi competências ao nível da comunicação e tomada de decisão em parceria com os vários elementos da equipa multidisciplinar. Os cuidados de enfermagem prestados foram orientados para a otimização dos recursos existentes, assegurando simultaneamente a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados à família. Prestei cuidados com vista a prevenir riscos ambientais e a prevenir o risco de infeção associado aos cuidados de saúde. Assegurei a aplicação dos princípios de modo a garantir as normas e procedimentos instituídos pela USF T, bem como a identificação do utente. Adotei medidas que salvaguardem o correto registo de informação nas diferentes plataformas eletrónicas.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, reconheço os meus recursos e limites pessoais, profissionais e como estudante, tendo consciência da influência pessoal na relação profissional. Procuro gerir sentimentos e emoções em momentos de maior fragilidade em prol de uma resposta eficaz no momento da prestação de cuidados. Apliquei conhecimento teóricos tendo por base o conhecimento acerca dos modelos de enfermagem e instrumentos de avaliação e intervenção que sustentam a prática de enfermagem especializada.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Segundo, o regulamento n.º 428/2018 da OE (OE, 2018), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar são as seguintes:

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

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

No **quadro 1**, está representado o descritivo e as respetivas unidades de competência específicas do EEESF

Quadro 1 - Descritivo e respetivas unidades de competência específicas do EEESF

Descritivo: Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.
Unidades de competência: • Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas. • Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família. • Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas. • Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica. • Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas. • Facilita a resposta da família em situação de transição complexa. • Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar. • Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

O enfermeiro de família integra a equipa multidisciplinar de saúde e assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida e nos diferentes contextos da comunidade tendo por base as principais competências do EEESF (OE, 2014).

No decorrer do estágio clínico e de modo a aprofundar saberes e atividades capazes de contribuir para o desenvolvimento das competências inerentes à prática do EEESF, abordei cada família com disponibilidade, procurei responder às suas dúvidas e questões, e estabeleci um diálogo sistemático que permitiu, em conjunto, definir objetivos de saúde e elaborar planos de ação para promover, manter

e reforçar a saúde familiar. Ao longo deste processo, estimei a família na consecução dos objetivos que ela própria valorizava e reforcei, em cada contacto, os pontos fortes identificados em cada um dos seus elementos e no sistema familiar como um todo. Colhi dados, solicitei o histórico familiar e hereditário da família, identifiquei a estrutura familiar, fatores de risco ambientais e sintomatologia atual que pode comprometer o estado de saúde da mesma.

Observei a família como um todo, valorizando a individualidade de cada elemento e reforcei os pontos fortes da família no âmbito da saúde (tendo por base os cuidados de Enfermagem Baseados nas Forças). Identifiquei as suas crenças e a cultura familiar, promovendo a escuta ativa e a compreensão das suas decisões, reconhecendo o impacto destas na dinâmica familiar e nos processos de saúde e doença. Segundo Figueiredo (2013), o sistema de valores da família, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos influenciam o modo como os diferentes elementos da família procuram comportamentos de saúde.

Procurei em cada momento perceber a interação familiar entre os diferentes membros através da observação da comunicação verbal e não-verbal. Mobilizei os meus conhecimentos e desenvolvi a minha prática com base na evidência científica, tendo por base o pensamento crítico e sistemático de modo a compreender a dinâmica entre o indivíduo, família e comunidade. Observei as dinâmicas familiares em momentos de transição e procurei delinear intervenções promovendo a capacidade da família para lidar com os desafios inerentes e potenciar os seus recursos internos e externos.

Utilizei instrumentos de avaliação e intervenção familiar tais como Modelo Calgary Avaliação Intervenção Familiar (MCAIF). Durante o estágio clínico, foi proposto o uso do MCAIF para a avaliação de uma família, conforme documentado no APÊNDICE I. Para tal, selecionou-se uma família a experienciar uma transição normativa, o nascimento do primeiro filho, reconhecendo-se que as transições familiares, independentemente da sua natureza, implicam uma reorganização profunda dos papéis e tarefas de cada elemento e do sistema familiar como um todo, podendo comprometer o equilíbrio e o funcionamento global. Esta realidade torna particularmente pertinente a intervenção do EEESF perante esta família. O MCAIF, desenvolvido por Wright e Leahey, constitui uma estrutura integrada e multidimensional que orienta a compreensão da família enquanto sistema em interação com o seu contexto (Wright & Leahey, 2011). Permite avaliar a família numa perspetiva sistémica, apreciá-la na sua estrutura, dinâmica e função, considerando os múltiplos sistemas com os quais se relaciona e os fluxos de influência recíproca que daí decorrem. O MCAIF organiza-se em três dimensões principais: estrutura, desenvolvimento e funcionamento, que permitem uma visão macro do sistema familiar, incorporando, em cada uma delas, subcategorias que possibilitam uma avaliação mais micro, aprofundada e sensível às especificidades de cada família (Wright & Leahey, 2011).

Analisei o histórico familiar, as relações e os vínculos entre os membros e os padrões de resposta face a situações complexas. Considerei as crenças culturais e espirituais, a influência das diferentes etapas do desenvolvimento familiar e individual (no caso da família selecionada para a aplicação do MCAIF, a família com filhos pequenos) que podem influenciar a tomada de decisão familiar. Incentivei as famílias a identificarem e mobilizarem os recursos internos e externos de modo a promover a coesão familiar e o bem-estar do sistema familiar.

Promovi um ambiente seguro e tranquilo para a discussão de temas mais complexos, proporcionando privacidade através da utilização do gabinete de enfermagem e ou através da realização da consulta de

enfermagem ao domicílio da família. Ao longo da minha prestação de cuidados procurei estabelecer uma relação de empatia com a família, realizar uma colheita de dados pertinente para cada situação de saúde, considerando a dinâmica entre indivíduo, família e comunidade. Procurei abordar a família demonstrando disponibilidade para responder às suas necessidades, delinear intervenções e capacitar a família no sentido de estabelecer metas promotoras de saúde. Colaborei com as famílias no desenvolvimento de plano de cuidados, com a finalidade de alcançar os resultados esperados pela mesma.

Realizei entrevistas familiares, que me permitiram estabelecer um contacto de maior proximidade e uma relação terapêutica com as famílias, possibilitando a escuta dos diferentes elementos e a utilização de comunicação circular (Cardoso, 2012). Paralelamente, recorri à entrevista motivacional, conduzindo conversas construtivas e empáticas, orientadas para um diálogo aberto e isento de julgamento, favorecendo a criação de um ambiente seguro em que a pessoa/família se sentiu à vontade para expor dificuldades e refletir sobre mudanças desejadas.

Analisei o histórico familiar, estádios e tarefas, bem como os padrões de respostas em situações complexas. Tive em conta as diferentes etapas do desenvolvimento familiar e individual, bem como as crenças culturais e espirituais, fatores ambientais e os recursos familiares como resposta a situações complexas.

Incentivei a comunicação assertiva por parte da família, apliquei estratégias de reconhecimento e reforço positivo entre os vários elementos da mesma. Desenvolvi com a família forma de lidar com emoções difíceis e reduzir efeitos negativos. Procurei em todos os momentos da prestação de cuidados à família garantir segurança e a máxima qualidade dos cuidados prestados.

Procurei estabelecer uma relação de empatia com a família, incentivando a partilha da sua história, colaborei com a família na identificação das suas forças e situações que contribuem para o crescimento familiar. Identifiquei e analisei a dinâmica familiar, tendo por base os parâmetros de avaliação familiar de Minuchin, com a finalidade de orientar intervenções específicas implementadas pelo EE de modo a promover mudanças positivas na dinâmica familiar. Documentei o processo de cuidados de enfermagem integrando fatores como família, saúde e ambiente na plataforma de registos eletrónicos de saúde, SClínico®.

Procurei orientação do meu enfermeiro orientador no sentido de melhorar o meu desempenho profissional e pessoal, assim como pesquisa e estudo através de conteúdo científicos e teóricos lecionados ao longo do curso de mestrado.

Avaliei a eficácia dos cuidados de enfermagem de saúde familiar prestados com base nos objetivos familiares estabelecidos. Inclui a investigação e a evidência científica e clínica no planeamento de cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Descritivo: Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Unidades de competência:

- Articula com outras equipes de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

Integrei a equipa de saúde familiar, utilizei sistemas de informação e tecnologias digitais fundamentais na otimização de resultados de enfermagem de saúde familiar, promovendo maior qualidade e segurança nos cuidados prestados às famílias, como é exemplo o SClínico®. e o VACINAS®.

Desenvolvi uma conceção de enfermagem de SF ancorada nos diferentes níveis de prevenção, articulada com uma cultura organizacional que valoriza a formação contínua, a prática clínica refletida e a investigação em enfermagem.

O desenvolvimento das competências do EEESF, permitiu-me refletir sobre a importância da saúde da família, pois esta vai muito além da saúde individual de cada um dos seus elementos. Para Figueiredo & Martins (2010) citado por Figueiredo et al. (2023, p.122) as famílias são espaços privilegiados de cuidados, suporte à vida e à saúde dos seus elementos, dotadas de energia e capacidade de se auto-organizar, não se limitando à ausência de doença. Nesse sentido, o EE reconhece a família como uma unidade dinâmica e complexa, cuja saúde depende das interações, recursos internos e externos, bem como do contexto sociocultural em que está inserida. A sua atuação centra-se na capacitação da família para gerir as suas próprias necessidades de saúde, bem como na promoção da coesão familiar e fortalecimento de mecanismos de adaptação e resiliência.

Assim, compreender a estrutura, o processo de desenvolvimento e o modo de funcionamento das famílias permitirá a prática de enfermagem direcionada para a capacitação funcional da família considerando as exigências e especificidades do seu ciclo vital (Figueiredo, 2012, p.3).

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

4.1. PERTINÊNCIA DO TEMA

A pertinência do presente tema emerge da confluência de motivações de natureza pessoal, profissional e académica. A experiência vivida com o diagnóstico de AA do meu filho constituiu o ponto de partida de uma inquietação que se foi aprofundando ao longo do percurso formativo e da prática clínica em contexto de SF. Esta vivência, ao revelar as exigências emocionais, organizacionais e relacionais impostas à família, despertou a necessidade de compreender de forma mais sistemática como o EEESF pode apoiar os pais na gestão desta condição crónica. Paralelamente, enquanto futura EEESF, tornou-se evidente a importância de gerar conhecimento que sustente intervenções de enfermagem mais estruturadas e baseadas na evidência, orientadas para a capacitação parental na gestão da AA na infância. Assim, este estudo procura responder às inquietações referidas, produzindo evidência e promovendo reflexão crítica que possam traduzir-se em melhoria da prática clínica (Marques et al., 2024).

Do ponto de vista epidemiológico, a AA constitui uma das doenças crónicas mais prevalentes na infância, assumindo crescente relevância em saúde pública. Estima-se que cerca de 6 a 8% das crianças em idade escolar na Europa apresentem AA (SPAIC, 2014), valores que se aproximam dos 8% a nível global, evidenciando uma tendência de aumento da prevalência na população pediátrica (Heideman & Poronsky, 2022). Para além da sua expressão quantitativa, trata-se de uma condição crónica para a qual não existe cura definitiva, o que implica um impacto significativo na qualidade de vida da criança e da sua família (SPAIC, 2014). A gestão da AA assenta, fundamentalmente, na evicção rigorosa do alérgeno, no reconhecimento precoce de sinais e sintomas e na atuação adequada perante episódios de reação alérgica, exigindo da família conhecimento, vigilância permanente e preparação para lidar com situações potencialmente ameaçadoras (SPAIC, 2014).

A família da criança com AA vê-se confrontada com um processo de transição saúde/doença que exige uma profunda reorganização do quotidiano. A redefinição de práticas alimentares, a restrição ou adaptação de contextos sociais que envolvem alimentos, o planeamento rigoroso de refeições e atividades fora de casa e o medo permanente de exposição acidental ao alérgeno configuram um acontecimento de elevada complexidade, com repercussões emocionais, sociais e económicas para todos os membros da família (Figueiredo, 2023). Perante a presença de uma doença crónica na criança, a família é chamada a reconstruir regras, limites e padrões relacionais, mobilizando estratégias que minimizem o impacto da condição nos diferentes elementos, subsistemas e no sistema familiar global (Figueiredo, 2023, p.212). Neste contexto, o acesso à informação fidedigna, o apoio estruturado e a profissionais capacitados surge como um direito e uma necessidade fundamental, na medida em que pode atenuar o stress e promover processos de adaptação mais saudáveis.

A literatura tem sublinhado o papel central das famílias na autogestão da doença crónica, influenciando de forma direta os resultados em saúde e o bem-estar emocional da criança. O apoio familiar associa-se a uma gestão mais eficaz desta condição, a uma maior adesão às recomendações terapêuticas e a uma melhor estabilidade emocional da criança (Roberts et al., 2015, citado por Figueiredo, 2023, p.252). Por outro lado, quando a doença crónica na infância, como é o caso da AA, se acompanha de níveis elevados de stress, angústia e sobrecarga, podem emergir riscos acrescidos de rutura das

relações intrafamiliares, comprometimento da coesão e dificuldade em equilibrar a proteção necessária com a promoção da autonomia e do desenvolvimento infantil (Cohen et al., Flynn et al., 2018, citado por Figueiredo, 2023, p. 252, p.254).

Neste quadro, o EEESF assume uma relevância particular. De acordo com as suas competências específicas, o EEESF cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, atuando nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A prática centrada na família, característica deste perfil de enfermagem, confere-lhe uma posição privilegiada para acompanhar de perto a criança com AA e os seus cuidadores, em contexto domiciliário, comunitário e escolar. Pela proximidade relacional e pelo acompanhamento longitudinal que estabelece com as famílias, o EEESF encontra-se em condições de avaliar o impacto da AA na dinâmica familiar, identificar precocemente necessidades e vulnerabilidades, e desenhar intervenções que vão além da dimensão biomédica, integrando componentes educativas e psicossociais (Figueiredo, 2023). A educação para a saúde desenvolvida pelo enfermeiro de família é apontada como elemento-chave na capacitação da família enquanto unidade de cuidados, facilitando a adaptação às exigências da doença crónica e contribuindo para prevenir a exaustão familiar (Lidell, 2002, citado por Figueiredo, 2023, p.227).

A literatura recente sobre AA na criança reforça a importância de intervenções educativas estruturadas dirigidas aos pais, demonstrando que programas de educação para a saúde, presenciais ou mediados por tecnologias digitais, podem reduzir a ansiedade, o medo de anafilaxia e o sentimento de culpa dos cuidadores, enquanto melhoram o conhecimento e a confiança na gestão da condição (Larson et al., 2017, citado por Nieto Eugenio et al., 2021; Kwen & Oh, 2022). A posição do EEESF na comunidade permite que este se aproxime da família na sua vivência diária, compreenda o contexto em que as orientações são implementadas e adapte as estratégias educativas às características, recursos e desafios específicos de cada família.

Deste modo, a pertinência do tema decorre da convergência de três dimensões fundamentais. Em primeiro lugar, a relevância epidemiológica e o impacto multidimensional da AA na infância justificam a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre estratégias de gestão que sejam sustentadas e efetivas (SPAIC, 2014; Heideman & Poronsky, 2022). Em segundo lugar, a complexidade da transição saúde-doença vivida pelas famílias com criança com AA exige apoio especializado e contínuo, que reconheça a família como unidade de cuidados e valorize a sua participação ativa na gestão da condição (Figueiredo, 2023). Em terceiro lugar, o potencial do EEESF para, através da capacitação parental, promover uma gestão segura e autónoma da AA, melhorar a qualidade de vida da criança e da sua família e reforçar a coesão e resiliência familiar, torna crucial a exploração do seu papel específico nesta área (OE, 2018).

Neste sentido, estudar a capacitação parental e a gestão da alergia alimentar na infância, a partir do olhar e das competências do EEESF, constitui um contributo relevante para o desenvolvimento de práticas de enfermagem de SF baseadas na evidência científica e efetivamente centradas na família. Ao integrar a evidência científica disponível com a análise da viabilidade, adequação, significado e efetividade das intervenções no contexto real dos cuidados, a prática baseada na evidência permite ao EEESF tomar decisões clínicas mais informadas, ajustadas à singularidade de cada família e coerentes com os seus valores, necessidades e preferências (Jordan et al., 2019, citado por Marques et al., 2024, p. 16). A presente RIL assume, assim, a ambição de apoiar a construção de um corpo de conhecimento

que sustente intervenções de enfermagem mais consistentes na capacitação parental para a gestão da AA na infância, contribuindo para a qualificação dos cuidados e para a afirmação do EESF como agente central na promoção da saúde das crianças e das suas famílias.

4.2. METODOLOGIA

A RIL constitui um método de síntese rigoroso que permite a incorporação sistemática de evidências provenientes de estudos experimentais e não experimentais na prática clínica de enfermagem, promovendo a prática baseada em evidências (Sousa et al., 2018). Segundo estes autores, a RIL desenvolve-se em seis etapas fundamentais: na primeira, identifica-se o tema e formula-se a questão de pesquisa utilizando estratégias PICO/PICO; na segunda, procede-se à amostragem através de busca sistemática em bases especializadas, aplicando critérios de inclusão e exclusão previamente definidos; na terceira etapa, realiza-se a colheita de dados mediante extração estruturada em tabelas padronizadas; a quarta envolve a análise crítica dos estudos incluídos através de instrumentos JBI e classificação por níveis de evidência; na quinta, efetua-se a interpretação e discussão dos resultados, identificando lacunas no conhecimento; finalmente, a sexta etapa consiste na apresentação da síntese com implicações práticas para a enfermagem. Esta metodologia assegura rigor científico na síntese de evidências heterogêneas, sendo particularmente adequada à investigação em enfermagem (Sousa et al., 2018). Foi realizada uma RIL, seguindo as etapas de formulação da questão de investigação, definição da estratégia de pesquisa, seleção dos estudos, avaliação metodológica, extração de dados e síntese dos resultados.

4.3. PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Título: Capacitação parental na gestão da alergia alimentar na infância: contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Familiar.

Questão da Revisão Integrativa da Literatura: “Qual é o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na capacitação parental para a gestão da AA na infância?”

No seguimento do estudo surge a mnemónica para a Revisão Integrativa da Literatura: População (P), Intervenção (I) e Contexto (Co).

- (P) População – Famílias com crianças com A.A

- (I) Intervenções – Intervenções de enfermagem realizadas pelo EESF focadas na capacitação parental para a gestão da AA.

- (Co) Contexto – Cuidados saúde primários e/ou contextos na comunidade onde o EE acompanha as famílias no processo de gestão da AA.

Objetivos:

Objetivo geral

- Identificar qual é o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Familiar na capacitação parental para a gestão da AA na infância.

Objetivos específicos

- Avaliar o conhecimento dos pais/cuidadores sobre AA.

- Identificar principais dificuldades e barreiras enfrentadas pelas famílias/cuidadores na gestão da AA na infância.

- Identificar as intervenções/estratégias direcionadas para a capacitação parental na gestão da AA na infância.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de Inclusão

- Tipo de participantes: Considerados estudos com enfermeiro de saúde comunitária, incluindo saúde escolar.

- Tipo de contextos: Considerados estudos em contextos de Família com crianças com AA confirmada;

- Tipo de estudos: Considerados os estudos que abordem “enfermagem”, “alergia Alimentar”, “criança desde nascimento aos 12 anos de idade” e “família”. O presente estudo irá considerar estudos qualitativos e quantitativos, publicados e revistos por peritos na área, de acesso livre, disponíveis na totalidade, escritos em português, inglês, espanhol ou francês, com intervalo temporal de publicação compreendido entre ano 2020 e 2025.

Critérios de Exclusão

- Estudos que não incluam a temática em análise.

- Famílias e ou cuidadores de crianças com outras patologias crônicas;

- Estudos que incluam apenas cuidados Médicos;

- Estudos anteriores a 2020;

- Todos os artigos que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

Estratégia de Pesquisa: Foi realizada pesquisa sobre o tema nas bases de dados, MEDLINE Complete (via PubMed) e CINAHL Complete e Nursing & Allied Health Collection (via EBSCOhost) elaborando uma lógica de identificação das palavras-chave a adotar, com base nos termos recorrentes nos títulos e resumos dos estudos. Efetuou-se a combinação sistemática das palavras-chave e dos termos identificados, com o objetivo de delinear uma estratégia de pesquisa direcionada e adequada a cada base de dados.

Realizou-se a consulta da lista de vocabulários nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e a Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores utilizados encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 - Descritores DeCS/MeSH

TERMOS	DESCRITORES <i>DeCS/MeSH</i>
Enfermagem	Nursing
Alergia alimentar	Food Allergy
Criança	Child
Família	Family

Utilizaram-se os operadores booleanos (AND, OR ou NOT), com seleção do operador AND na estratégia de pesquisa implementada.

Palavras-Chave: “Nursing AND Food allergy AND Child AND Family”.

Na segunda etapa realizaram-se as buscas nas bases de dados incluídas no protocolo da RIL.

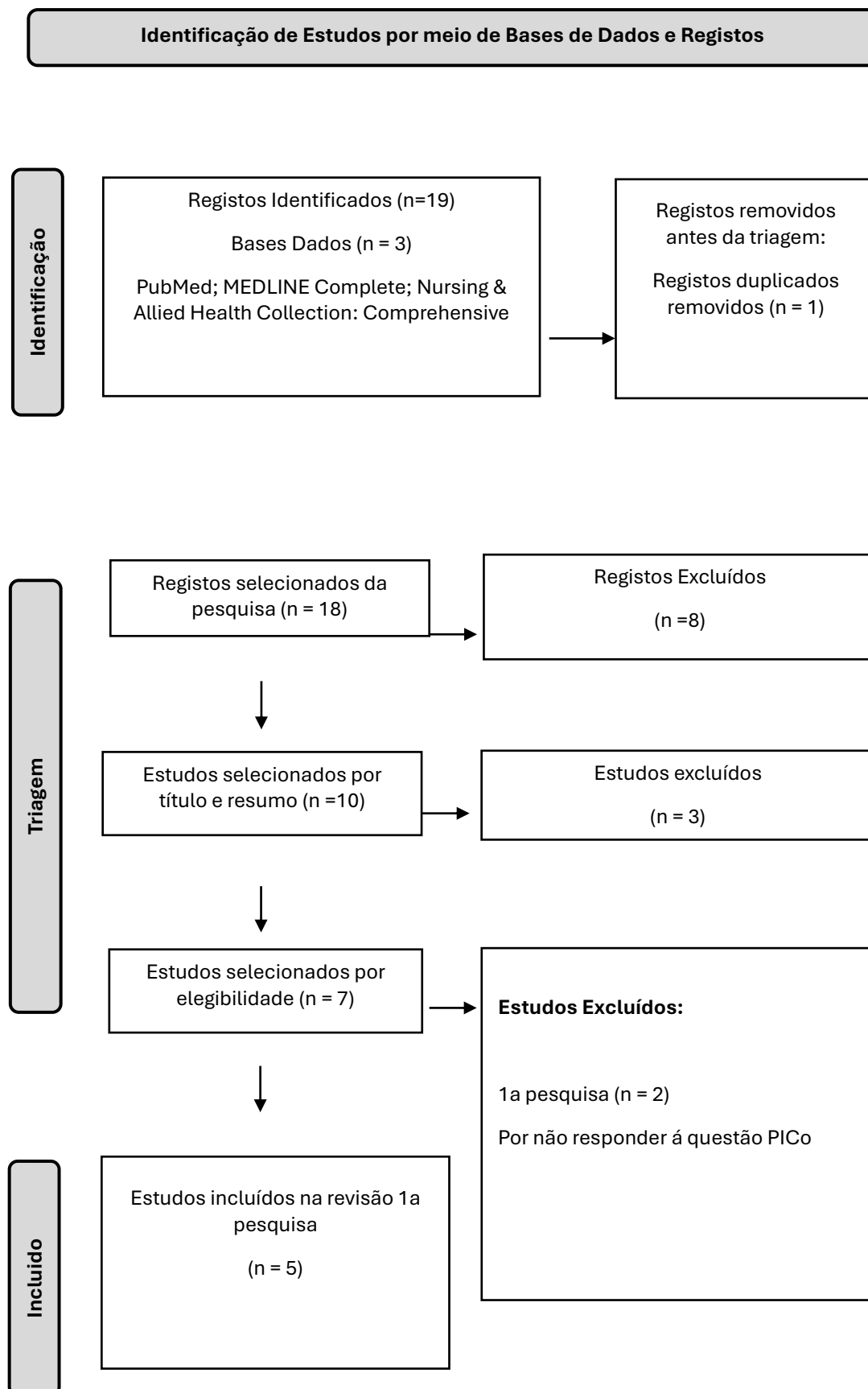
A pesquisa foi efetuada no dia 28 de outubro de 2025, no Distrito de Leiria pelas 10:57 horas com a expressão de pesquisa: (Nursing AND Food allergy AND Child AND Family) através da EBSCOhost Research Databases e no dia 6 de novembro de 2025 pelas 13:00 horas com a expressão pesquisa (Nursing AND Food allergy AND Child AND Family) através da PubMed.

Foram considerados estudos qualitativos, quantitativos ou mistos que fundamentassem a temática sobre intervenção do enfermeiro face à família com criança com A.A. A estratégia de pesquisa incluiu artigos publicados em inglês, português, espanhol ou francês nos últimos cinco anos.

No modo de pesquisa, considerou-se incluir os seguintes filtros: localizar todos os termos de pesquisa; procurar o texto completo dos artigos; artigos publicados entre 2020 e novembro de 2025 e artigos revistas académicas analisados por especialistas.

O ponto de partida da estratégia de busca consistiu na utilização cruzada e com sequência de cada descritor, incluindo todas as palavras-chave. Na figura 7 apresenta-se o PRISMA adaptado, com a seleção dos seguintes artigos: 13 PubMed; 5 MEDLINE COMPLETE; 1 Nursing & Allied Health Collection. Na pesquisa foram identificados 19 artigos, 1 artigo foi excluído por ser duplicado. Permaneceram 18. Após a leitura dos títulos foram excluídos 8 artigos. Realizou-se a leitura reflexiva dos títulos e resumos e foram excluídos 3 por não responderem aos critérios de inclusão. Ficaram 7 artigos para a elegibilidade, sendo que após a leitura integral dos mesmos, 2 não respondiam à questão PiCo formulada. Selecionaram-se 5 artigos como elegíveis para a avaliação metodológica subsequente.

Figura 3 - Fluxograma PRIMA (adaptado) do Processo de Seleção de Estudos.



4.4. RESULTADOS

Os artigos identificados pela estratégia de pesquisa cumprem os critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos.

Os cinco artigos selecionados foram: “Dietary management of IgE and non-IgE-mediated food allergies in pediatric patients”; “Protocols for Managing Food Allergies in Elementary and Secondary Schools”; “Development and Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Food Neophobia in Pediatric Patients with Food Allergy: A Comprehensive Review” e “Validation of the Impact on Family Scale (Spanish Version) and Predictive Variables in Parents of Children with Severe Food Allergy.” e “Development and Evaluation of a MobileWeb-based Food Allergy and Anaphylaxis Management Educational Program for Parents of School-aged Children with Food Allergy: A Randomized Controlled Trial”.

Os artigos foram submetidos a uma avaliação crítica, com vista à subsequente extração de dados. Foi utilizado o quadro de extração de dados onde se apresenta: título, autores, método de investigação, país, língua, ano de publicação, objetivo do estudo, participantes, intervenções e resultados.

De seguinte apresentam-se os artigos supramencionados. O primeiro artigo: “Dietary management of IgE and non-IgE-mediated food allergies in pediatric patients” teve como método a Revisão Narrativa da Literatura, tendo sido submetido à avaliação da qualidade metodológica pela aplicação do instrumento de avaliação crítica segundo JBI (2014) citado por Apostolo (2017).

A extração de dados apresenta a descrição dos autores dos artigos, a descrição dos autores da RIL. Após reunia a informação sobre cada artigo e de forma sistematizada, é garantido o rigor científico (Néné & Sequeira, 2023).

Foi utilizado o quadro de extração de dados onde se apresenta: identificação do artigo, método de estudo, país, língua, ano de publicação, objetivo, participantes, intervenções e resultados.

Apresenta-se o artigo (1): “Dietary management of IgE and non-IgE-mediated food allergies in pediatric patients”.

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, tendo sido aplicado o instrumento de avaliação crítica para Revisões Sistemáticas e Síntese de Investigação segundo Aromataris et al. (2015) e JBI (2014) citado por Apostolo, 2017, p.65). De acordo com o autor, é composta por 11 itens onde é avaliada a congruência do conhecimento e ciência, assim como a metodologia e a ética do estudo. Sendo apresentadas quatro opções de escolha a ter em consideração: Sim; Não; Não claro ou Não aplicável.

Quadro 2 - Avaliação da qualidade artigo 1

Título: Dietary management of IgE and non-IgE-mediated food allergies in pediatric patients. Autores: Venter C, Roth-Walter F, Vassilopoulos E, Hicks A Ano: 2024					
	Sim	Não	Não Claro	Não aplicável	Comentários

1	A questão de revisão esta descrita de forma clara e explicita?	x				Gestão alergia alimentar IgE/non-IgE pediátrico.
2	Os critérios de inclusão/exclusão foram adequados para a questão de revisão?			x		
3	A estratégia de pesquisa foi adequada?		X			
4	Os recursos utilizados e as fontes para a procura dos estudos foram adequados?	x				PubMed e guidelines clínicas.
5	Os critérios utilizados para a avaliação crítica dos estudos incluídos foram explícitos?		x			Aborda evidências existentes de forma crítica.
6	A avaliação crítica foi realizada por dois ou mais revisores?			x		
7	O processo de extração de dados foi descrito e realizado de forma a minimizar os erros?	x				
8	O método utilizado para combinar os estudos foram adequados?	x				Síntese narrativa temática por tipo de alergia (IgE/não IgE).
9	A possibilidade de viés da publicação foi avaliada?		x			
10	As conclusões são suportadas pelos dados apresentados?	x				As conclusões derivam Idos dados discutidos.
11	As limitações da revisão e orientações futuras são apresentadas?	x				
Valor absoluto		6				

A avaliação crítica do artigo 1, realizada com o instrumento JBI para Revisões Sistemáticas e Síntese de Investigação (Aromataris et al., 2015; JBI, 2014, citado por Apostolo, 2017), resultou numa pontuação

de 6/11, indicando qualidade metodológica moderada, devido à ausência de critérios de inclusão e exclusão explícitos, estratégia de pesquisa inadequada e ausência de avaliação crítica formal dos estudos primários.

Apesar dessas limitações, o artigo é considerado pertinente para a RIL, por apresentar uma síntese atualizada e prática sobre a gestão das A.A, o que sustenta a reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista na educação para a saúde e na capacitação parental.

Quadro 3 - Extração dos dados do Artigo 1

Identificação do artigo	Título: “Dietary management of IgE and non-IgE-mediated food allergies in pediatric patients”. <i>Pediatric Allergy and Immunology</i> , 35(3):e14100. Autores: Venter C, Roth-Walter F, Vassilopoulos E, Hicks A.
Método	Revisão narrative da literatura.
Pais	EUA (Hospital infantil/Universidade do Colorado, Aurora) e Europa (Áustria, Itália).
Língua	Inglês
Ano de Publicação	2024
Objetivo	Descrever os princípios base da gestão de alergias alimentares IgE e não IgE-mediadas em crianças; salientar a prevenção de défices nutricionais e minimizar o impacto da A.A na qualidade de vida da família.
Participantes	Artigo de revisão (o foco são as crianças com alergias alimentares IgE e não IgE-mediadas).
Intervenções	- Educar as famílias sobre leitura de rótulos, estratégias de evicção e substituições nutricionalmente adequadas; <i>Patients should be advised to always check and re-check food labels (Venter, C., Roth-Walter, F., Vassilopoulos, E., Hicks, A.p.2).</i> - Instruir sobre a importância de não adiar a introdução de alimentos alergénios aquando da introdução alimentar da criança; <i>“that oral intake of food allergens fosters tolerance, while skin exposure may lead to sensitization” venter et al (2024) Halken S, Muraro A, de Silva D, et al. 2021; Fleischer DM, Chan ES, Venter C, et al. 2020 p.7</i> -Apoiar a família no processo de amamentação; <i>“Other factors such as the maternal diet during breastfeeding” Venter C, et al. 2020, p.11</i> - Monitorizar desenvolvimento infantil da criança (IMC, peso, altura) e identificar possíveis situações de recusa alimentar; <i>“Many guidelines food allergy state that monitoring growth and nutritional status is an essential aspect of managing all types of food allergy, ((Meyer R, Chebar Lozinsky A, Fleischer DM, et al., 2019 citado por Venter et al 2024) (Boyce JA, Assa'a A, Burks AW, et al. 2011 &Muraro A, de Silva D, Halken S, et al. 2022) p.4</i>

	- Informar sobre possíveis fórmulas especializadas no caso de alergia à proteína do leite de vaca em lactentes não amamentados ou com leite materno insuficiente (evitando outros leites de mamíferos e avaliar a substituição por bebidas vegetais);” <i>If an infant is formula-fed, either exclusively or partially, a suitable specialized formula should be recommended (Asai Y, Yanishevsky Y, Clarke A, et al., 2014 citado por venter, 2024).p.7</i> - Informar sobre padrões alimentares saudáveis.
Resultados	O artigo de revisão conclui que a alergia alimentar (quer IgE e não IgE mediada) em idade pediátrica aumenta o risco de uma alimentação inadequada do ponto de vista nutricional; Compromete o estado nutricional e a qualidade de vida da criança e da família; A monitorização nutricional estruturada, aliada à capacitação das famílias para a prevenção, é essencial para diminuir estes riscos.

Apresenta-se o artigo (2): “Protocols for Managing Food Allergies in Elementary and Secondary Schools”.

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, tendo sido aplicado o instrumento de avaliação crítica para Revisões Sistemáticas e Síntese de Investigação segundo Aromataris et al., 2015; JBI, 2014d, citado por Apostolo (2017). pp.65).

De acordo com o autor, é composta por 11 itens onde é avaliada a congruência do conhecimento e ciência, assim como a metodologia e a ética do estudo. Sendo apresentadas quatro opções de escolha a ter em consideração: Sim; Não; Não claro ou Não aplicável.

Quadro 4 - Avaliação da qualidade artigo 2

Título: Protocols for Managing Food Allergies in Elementary and Secondary Schools Autores: Heideman K, Buckingham Poronsky C. Ano: 2021						
		Sim	Não	Não Claro	Não aplicável	Comentários
1	A questão de revisão esta descrita de forma clara e explicita?	x				Objetivo claro.
2	Os critérios de inclusão foram adequados para a questão de revisão?		X			
3	A estratégia de pesquisa foi adequada?		X			
4	Os recursos utilizados e as fontes para a procura dos estudos foram adequados?		X			

5	Os critérios utilizados para a avaliação crítica dos estudos incluídos foram explícitos?	X				Discute evidências
6	A avaliação crítica foi realizada por dois ou mais revisores?			x		
7	O processo de extração de dados foi descrito e realizado de forma a minimizar os erros?		x			
8	O método utilizado para combinar os estudos foram adequados?	x				Síntese narrativa por stakeholders (pais, enfermeiros, professores)
9	A possibilidade de viés da publicação foi avaliada?		x			
10	As conclusões são suportadas pelos dados apresentados?	x				As recomendações práticas derivam da literatura apresentada
11	As limitações da revisão e orientações futuras são apresentadas?	x				Menciona COVID-19 mas não limitações metodológicas da revisão
Valor absoluto		5				

A avaliação crítica do artigo 2, realizada com o instrumento JBI para Revisões Sistemáticas e Síntese de Investigação (Aromataris *et al.*, 2015; JBI, 2014d, citado por Apóstolo, 2017), resultou numa pontuação de 5/11, indicando qualidade metodológica moderada, devido à ausência de critérios de inclusão e exclusão explícitos, estratégia de pesquisa inadequada e ausência de avaliação crítica formal dos estudos primários.

O artigo 2 apresenta pontos fortes como a questão de revisão clara, critérios explícitos para avaliação crítica dos estudos e conclusões apoiadas na evidência e indicação de limitações e orientações futuras. Contudo, evidencia critérios de inclusão inadequados e estratégia de pesquisa pouco adequadas, extração de dados não descrita e ausência de avaliação crítica por dois ou mais revisores e falta de análise de viés de publicação.

Contudo, o artigo é considerado de qualidade moderada e pertinente para a RIL, pois fornece uma análise crítica e recomendações práticas úteis para a gestão das A.A em contextos escolares, especialmente para enfermeiros de saúde escolar.

Quadro 5 - Extração dos dados do Artigo 2

Identificação do artigo	Título: “Protocols for Managing Food Allergies in Elementary and Secondary Schools”. Comprehensive Child and Adolescent Nursing, 45(3):234-246, doi:10.1080/24694193.2021.1883771.
--------------------------------	---

	Autores: Heideman K, Buckingham Poronsky C.
Método	Revisão narrativa da Literatura.
Pais	Estados Unidos da América (autoras afiliadas à Marcella Niehoff School of Nursing, Loyola University Chicago, Illinois, EUA).
Língua	Inglês
Ano de Publicação	2021
Objetivo	O estudo visa descrever e analisar os protocolos de gestão das alergias alimentares em escolas do pré-escolar e ensino básico, identificar necessidades de melhoria e compreender como as escolas se organizam para prevenir reações alérgicas, reconhecer sinais de anafilaxia e atuar em situações de emergência, incluindo o uso da terapêutica de emergência.
Participantes	Artigo de revisão (Os participantes deste estudo são pais de crianças em idade escolar (pré-escolar e ensino básico) e profissionais de educação (professores e funcionários ação educativa).
Intervenções	Diversas organizações profissionais desenvolveram diretrizes e recomendações de gestão escolar para alunos com A.A. (<i>Recommendations for Managing Food Allergies in Schools (P.238): American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology (AAAAI); Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Food Allergy Research & Education (FARE) e National Association of School Nurses (NASN)</i>). Intervenções transversais em enfermagem, e podem ser orientações norteadoras do EEESF. - Promover sessões educação para a saúde de modo a recomendar/ reforçar a importância sobre a lavagem das mãos de todos os alunos e funcionários com água e sabão antes de manusear alimentos e após a refeição “<i>Hand washing for all students and staff with soap and water before handling food or eating and after eating to cleanse any residue of potential allergens.</i>”; - Instruir sobre a importância da adequada higiene e desinfecção de superfícies e utensílios de preparação das refeições com água e sabão ou produtos desinfetantes apropriados de modo a evitar contaminação cruzada. “<i>Care of surfaces that come into contact with food.Clean and sanitize with soap and water, or all-purpose cleaning agents and sanitizers, all surfaces that come into contact with food in kitchens, classrooms, and locations where food is prepared or eaten. Clean and sanitize food preparation equipment.</i>”. - Evitar uso de produtos em sala de aula que contenham potenciais alergénios em atividades de arte, experiências científicas, culinária e lanches “<i>Avoid using allergens in class projects, parties, holidays and celebrations, arts, crafts, science experiments, cooking, snacks, or rewards. Use non-food incentives for prizes, gifts, and awards.</i>”;

	- Solicitar aos pais/responsáveis dos alunos com AA o fornecimento de lanches vindos de casa. <i>"Consult with parent/caregiver of allergic students to provide allergen-free snacks from home."</i>; - Atender à privacidade das crianças com A.A. e prevenir uso de "rótulos"; coordenar a comunicação entre famílias, escola e profissionais de saúde; <i>"Maintain the student's medical privacy. Avoid labeling a student with a food allergy. Refrain from asking questions in front of other students."</i>; - Instruir professores e ou outros profissionais em sala de aula, informando sobre quais as crianças com A.A. <i>"Prepare for substitute teachers in classrooms by providing information about children with known food allergies."</i>; - Treinar a equipa para administração terapêutica de emergência em situações de reação anafilática grave; - Informar a comunidade escolar sobre a gravidade das A.A., a importância de não partilhar alimento; sinais e sintomas reações anafiláticas (menciona exemplos); <i>"Inform students about the serious nature of food allergies. Inform students about the serious nature of food allergies. Advise students not to share foods. Educate students about common signs of food allergy reactions: hives, rash, stomach pain, itchy mouth."</i>; - Ensinar os alunos a informar um adulto quando um colega apresentar sinais de reação alérgica ou quando comer algum alimento por engano que possa desencadear reação alérgica. <i>Teach students to inform an adult when a classmate exhibits signs of an allergic reaction, or when they have eaten something by mistake that may trigger a reaction."</i> - Elaborar planos individuais de saúde para cada criança com alergia alimentar, identificando o alérgeno, sinais de reação alérgica e plano de ação em caso de emergência; <i>"Individual action plans should be developed for students with food allergies to outline specific steps for prevention and emergency response." (Heideman & Poronsky, 2021, p.240).</i> - Ensinar pais e alunos sobre importância da leitura de rótulos dos alimentos; informar sobre preparação e quais os ingredientes proibidos em caso de alimentações realizadas em restaurantes/fora de casa. <i>Avoidance measures include carefully reading food labels and asking questions about ingredients and food preparation when eating at a restaurant or away from home (American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology, 2020 citado por Heideman & Poronsky, 2021, p.239).</i> - Ensinar familiares e pessoas próximas sobre quando e como usar terapêutica de emergência. <i>Education for the allergic patient should also include family, friends, and others regarding the symptoms of anaphylaxis and how to use autoinjectable epinephrine and antihistamines to treat serious reactions (American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology, 2020 citado por Heideman & Poronsky, 2021, p.239).</i>
--	---

	- Verificar se existe um plano de ação de emergência para cada criança com A.A. diagnosticada; acessibilidade do plano e atualização do mesmo pelo menos uma vez por ano. <i>School personnel, parents, and the health care provider of each child with food allergies should work together to develop a comprehensive FAMPP to protect the well-being of that child (Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Population Health, 2013 citado por Heideman & Poronsky, 2021, p.240).</i> - Realizar sessões regulares de formação e atualização dos protocolos, assegurando que as práticas estejam alinhadas com a evidência científica e recomendações atuais. <i>"Health care providers and school nurses should review and update emergency action plans annually to reflect changes in medication dosages, allergic triggers, and comorbid conditions. Additional responsibilities include reviewing risk reduction techniques focused on avoiding allergen ingestion and reviewing places and scenarios in which exposure to allergens is likely (Heideman & Poronsky (2021, p.243).</i> - Identificar situações de bullying na escola; <i>"Screening for bullying should be a part of promoting self-advocacy for students with allergies (Heideman & Poronsky (2021, p.243).</i> - Demonstrar respeito pelos alunos com alergia alimentar, reforçando as regras da escola de modo a evitar discriminação e prevenir o bullying; <i>"(...)addresses the need to prevent bullying of children with food allergies in their recommendations for managing allergies in schools (Food Allergy Research & Education, 2016 citado por Heideman & Poronsky (2021, p.242).</i> - Introdução precoce de alimentos potencialmente alergênicos; <i>New evidence demonstrates that an early introduction of potentially allergenic foods is associated with a decreased risk of developing an allergy (...) Schroer et al., 2017 citado por Heideman & Poronsky, 2021, p.242).</i>
Resultados (principais achados)	O artigo conclui que a gestão eficaz das A.A. nas escolas exige protocolos bem definidos e colaboração multidisciplinar entre escola, família e profissionais de saúde. Pelo que recomenda: - Planos de ação individualizados para cada criança com A.A; - Formação contínua de professores e funcionários sobre conhecimento de sintomas e procedimentos de atuação perante A.A; - Implementação de procedimentos para refeições e lanches seguros (gestão de alergênicos, higienização de superfícies, comunicação com pais); - Coordenação entre escola, família e serviços de saúde para revisão periódica de modo a atualizar procedimentos relacionados com A.A; - Formação contínua ajuda a prevenir e reduzir o risco de reações alérgicas, apoiar resposta rápida face a emergências (reações anafiláticas) e promoção do ambiente escolar seguro.

Apresenta-se o artigo (3): “Development and Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Food Neophobia in Pediatric Patients with Food Allergy: A Comprehensive Review”.

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da literatura, tendo sido aplicado o mesmo instrumento de avaliação crítica para Revisões Sistemáticas e Síntese de Investigação segundo Aromataris et al., 2015; JBI, 2014d, citado por Apostolo (2017). pp.65).

De acordo com o autor, é composta por 11 itens onde é avaliada a congruência do conhecimento e ciência, assim como a metodologia e a ética do estudo. Sendo apresentadas quatro opções de escolha a ter em consideração: Sim; Não; Não claro ou Não aplicável.

Quadro 6 - Avaliação da qualidade artigo 3

Título: Development and Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Food Neophobia in Pediatric Patients with Food Allergy: A Comprehensive Review Autores: Nocerino R, Mercuri C, Bosco V, Giordano V, Simeone S, Guillari A, Rea T, et al. Ano: 2024						
		Sim	Não	Não Claro	Não aplicável	Comentários
1	A questão de revisão é clara e explícita?	x				Objetivo claro.
2	Os critérios de inclusão/exclusão apropriados??		X			
3	A estratégia de pesquisa foi adequada?		X			
4	Os recursos utilizados e as fontes para a procura dos estudos foram adequados?	x				Síntese de literatura, não sistemática.
5	Os critérios utilizados para a avaliação crítica dos estudos incluídos foram explícitos?	X				Discute desafios clínicos e evidências de forma crítica
6	A avaliação crítica foi realizada por dois ou mais revisores?			x		Múltiplos autores, mas não especificado.
7	O processo de extração de dados foi descrito e realizado de forma a minimizar os erros?		x			
8	O método utilizado para combinar os estudos foram adequados?	x				Síntese integrativa. Enfatiza a abordagem multidisciplinar
9	A possibilidade de viés da publicação foi avaliada?		x			
10	As conclusões são suportadas pelos dados apresentados?	x				As recomendações práticas coincidem

						Com a evidência apresentada.
11	As limitações da revisão e orientações futuras são apresentadas?	x				Evidência a necessidade de protocolos padronizados e investigação longitudinal.
Valor absoluto		6				

A avaliação crítica do artigo 3, resultou numa pontuação de 6/11, indicando qualidade metodológica moderada - alta, uma vez que a questão de revisão está clara e explícita, usa fontes adequadas (revisão de literatura, não sistemática), critérios explícitos para avaliação crítica dos estudos incluídos, método adequado de síntese (síntese integrativa, com ênfase numa abordagem multidisciplinar), conclusões apoiadas na evidência apresentada e identificação clara das limitações e de orientações futuras. No entanto, o estudo apresenta limitações inerentes ao tipo de estudo, nomeadamente a ausência de critérios de inclusão/exclusão, estratégia de pesquisa, ausência de prova de avaliação crítica por dois ou mais revisores, extração de dados não descrita em pormenor e não apresenta a análise de viés da publicação.

Contudo, o estudo é de boa qualidade para a RIL, uma vez que aborda a A.A na criança e as perturbações alimentares que dela decorrem, permitindo uma abordagem multidisciplinar e reforçando o papel do EEESF na capacitação parental, educação em saúde e apoio emocional no contexto familiar e escolar.

Quadro 7 - Extração dos dados do Artigo 3

Identificação do artigo	Título: “Development and Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Food Neophobia in Pediatric Patients with Food Allergy: A Comprehensive Review”. <i>Nutrients</i> , 2024;16(17):3034. doi:10.3390/nu16173034. Autores - Nocerino R, Mercuri C, Bosco V, Giordano V, Simeone S, Guillari A, Rea T, <i>et al.</i>
Método	Revisão Integrativa da literatura
Pais	Itália (afiliações principais na University of Naples “Federico II”, CEINGE Advanced Biotechnologies, University of Rome “Tor Vergata”, University of Catanzaro “Magna Graecia” e hospitais italianos).
Língua	Inglês
Ano de Publicação	2024

Objetivo	Identificar crianças com alergia alimentar que manifestam sinais de <i>ARFID</i> (Restrictive Food Intake Disorder) ou neofobia, prevenindo défices nutricionais e alterações do crescimento. Implementar medidas de educação para a saúde às famílias com criança com A.A.
Participantes	Artigo de revisão (o foco são crianças e adolescentes com alergia alimentar descritos na literatura como apresentando ARFID e/ou neofobia alimentar, bem como suas famílias).
Intervenções	- Avaliação e monitorização do desenvolvimento infanto-juvenil; <i>“Nurses also monitor the child’s progress, adjust the care plan as needed, and ensure that the child receives adequate nutrition to support growth and development”.</i> - Instruir sobre a importância da introdução gradual de novos alimentos de forma segura; <i>“These plans often include strategies like food chaining, which involves gradually introducing new foods in a way that feels safe to the child.”</i> - Identificação precoce de crianças com sinais de ARFID ou neofobia alimentar; <i>“This includes educating parents about the nature of ARFID, its potential impact on their child’s health, and effective strategies for encouraging healthy eating behaviors.”</i> - Promover o envolvimento da família na adoção de comportamentos alimentares saudáveis, contribuindo para reduzir a ansiedade parental e, consequentemente, atenuar comportamentos de recusa e seletividade alimentar na criança. <i>“They help to develop effective strategies to improve children’s eating habits. This is crucial as many caregivers may lack the skills to deal with food selectivity and nutritional difficulties [69,94,95]. Through education, nurses provide tools and knowledge to help caregivers better manage such conditions”.</i> - Participar em programas de <i>FBT</i> (Family-Based Therapy) e outras abordagens familiares, ajudando a envolver os pais no processo terapêutico, a estruturar rotinas de refeições e a apoiar a exposição gradual a novos alimentos; - Educar e capacitar a família sobre A.A, reduzindo a culpa, o medo e ansiedade, assim como reforçar o papel ativo dos pais na gestão dos sintomas e na promoção de experiências alimentares positivas. <i>“Nurses provide education and support to families, helping them manage food-related anxiety and improve the child’s eating behaviors at home.”.</i> - Facilitar a comunicação entre família e equipa multidisciplinar assegurando que o plano terapêutico é compreendido e aplicado de forma consistente em casa, na escola e restantes contextos; - Monitorização do desenvolvimento infantil, identificando situações de perda ponderal; <i>“Nurses also monitor the child’s progress, adjust the care plan as needed, and ensure that the child receives adequate nutrition to support growth and development.”.</i> - Garantir adequado crescimento e desenvolvimento infantil; <i>“Nurses also monitor the child’s progress, adjust the care plan as needed, and ensure</i>

	that the child receives adequate nutrition to support growth and development.”. - Referenciar a criança com A.A ao nutricionista; “Nurses collaborate with dietitians to develop and implement individualized nutrition plans ...”. - Prestar apoio emocional à família da criança com A.A, ajudando a gerir situações de ansiedade relacionada com alimentação e melhoria de hábitos alimentares em casas; “They are uniquely positioned to offer ongoing emotional and psychological support, which is essential for maintaining a therapeutic environment in both clinical and home settings”
Resultados	O estudo mostra que crianças com A.A têm risco acrescido de desenvolver <i>ARFID</i> e neofobia alimentar, com repercussões importantes no estado nutricional, no crescimento e no bem-estar psicossocial. Fatores como experiências prévias de reações graves, ansiedade dos pais, múltiplas restrições alimentares e padrões de interação familiar podem agravar a recusa e a seletividade alimentar, destacando a implementação de intervenções direcionadas à família são essenciais para melhorar a ingestão alimentar, reduzir medo e ansiedade, assim como melhorar a qualidade de vida.

Apresenta-se o artigo (4): “Validation of the Impact on Family Scale (Spanish Version) and Predictive Variables in Parents of Children with Severe Food Allergy”.

Trata-se de um estudo transversal, a avaliação crítica do artigo foi realizada com o instrumento de avaliação para estudos transversais analíticos, adaptado de JBI (2016) e Apóstolo et al. (2017). De acordo com o autor, é composta por 8 itens onde é avaliada a congruência do conhecimento e ciência, assim como a metodologia e a ética do estudo. Sendo apresentadas quatro opções de escolha a ter em consideração: Sim; Não; Não claro ou Não aplicável.

Quadro 8 - Avaliação da qualidade artigo 4

Título: Validation of the Impact on Family Scale (Spanish Version) and Predictive Variables in Parents of Children with Severe Food Allergy. Autores: Nieto-Eugenio I, Romero-Saldaña M, Guler-Caamaño I, Rich-Ruiz M. . Ano: 2021						
		Sim	Não	Não Claro	Não aplicável	Comentários
1	Os critérios de inclusão/exclusão para a questão da revisão são apropriados?	x				Pais de crianças com A.A diagnosticada dos 3 aos 18anos de idade.
2	Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe?	x				
3	Exposição medida de forma válida e confiável?			X		Validação psicometrica (IOFS)

4	Foram utilizados critérios objetivos, padrão para a medição da condição?	X				Diagnostico A.A e IOFS validada.
5	Foram identificados fatores confundentes?	x				Idade, sexo, alergénio, tempo diagnostico e anafilaxia.
6	Foram abordadas estratégias para lidar com fatores confundentes?	x				
7	Os resultados foram medidos de forma válida e confiável	x				IOFS espanhola.
8	Foi utilizada a análise estatística apropriada?	x				
Valor absoluto		7				

A avaliação crítica do artigo 4, resultou numa pontuação de 7/8, resultando numa pontuação de 7 em 8 itens, indicando uma qualidade metodológica elevada, uma vez que, o estudo define critérios de inclusão/exclusão claros e apropriados, restringindo a a pais de crianças com alergia alimentar diagnosticada entre os 3 e 18 anos de idade, o que garante a homogeneidade e a pertinência da amostra. Uma descrição detalhada dos sujeitos e do contexto permite a compreensão da população alvo. A A.A é definida com critérios objetivos, sendo confirmada pelo diagnóstico clínico, e o impacto familiar é avaliado com a versão validada da escala IOFS, instrumento válido e fiável. O estudo identifica também fatores confundentes relevantes, como a idade, sexo, tipo de alergénio, tempo de diagnóstico e história de anafilaxia.

Assim, este estudo é pertinente para a RIL, pois constitui uma evidência robusta para aferir o impacto familiar da A.A. severa e fundamenta intervenções de enfermagem centradas no suporte aos pais/cuidadores, na educação em saúde e na promoção de estratégias de coping em contexto familiar.

Quadro 9 - Extração dos dados do Artigo 4

Identificação do artigo	Título: “Validation of the Impact on Family Scale (Spanish Version) and Predictive Variables in Parents of Children with Severe Food Allergy”. Journal of Pediatric Nursing, 2021;56:e93–e99. doi:10.1016/j.pedn.2020.08.011. Autores: Nieto-Eugenio I, Romero-Saldaña M, Guler-Caamaño I, Rich-Ruiz M.
Método	Estudo transversal.
Pais	Espanha (estudo realizado com pais de crianças com alergia alimentar grave seguidas em centros hospitalares espanhóis).
Língua	Inglês com instrumento traduzido e validado em espanhol (versão espanhola da Impact on Family Scale – IOFS).

Ano de Publicação	2021
Objetivo	Validação da escala <i>Impact on Family Scale</i> (IOFS), em língua espanhola, em pais de crianças em idade escolar com alergia alimentar grave, bem como identificar variáveis preditoras do impacto da alergia alimentar no funcionamento e bem-estar familiar.
Participantes	Pais e ou cuidadores de crianças com A.A grave residentes no sul de Espanha. No total, foram avaliadas 299 famílias, que completaram a versão espanhola da IOFS para análise das propriedades psicométricas e estudo das variáveis associadas ao impacto da doença na família.
Intervenções	Aplicação da escala IFS pelo enfermeiro de modo assegurar o bem-estar da criança e da sua família.” <i>Having tools such as the IOFS, which help to identify and/or assess limitations or problems associated with this health condition (...).”p.98</i> - Educação para a saúde e orientação sobre gestão A.A para as famílias. “ <i>The comprehensive approach to pediatric food allergy requires the participation of health professionals who educate and advise families</i> ”. P.98
Resultados	A versão espanhola da IFS demonstrou boa fiabilidade e validade para avaliar o impacto da A.A grave na família, sendo influenciada por fatores como gravidade da alergia, história de anafilaxia e características sociodemográficas dos pais; revelou ser um instrumento útil para uso clínico e de investigação em famílias com crianças com A.A. grave. O estudo identificou ainda que variáveis como o número de filhos e o número de trabalhadores no agregado familiar se associam de forma significativa ao impacto familiar, funcionando como variáveis preditoras da carga familiar.

Apresenta-se o artigo (5): “Development and Evaluation of a MobileWeb-based Food Allergy and Anaphylaxis Management Educational Program for Parents of School-aged Children with Food Allergy: A Randomized Controlled Trial”.

Trata-se de um Ensaio Clínico Randomizado, a avaliação crítica do artigo foi realizada com o instrumento de avaliação para estudos randomizados controlados, adaptado em Apóstolo (2017, p.28-34). De acordo com o autor, é composta por 13 itens onde é avaliada a congruência do conhecimento e ciência, assim como a metodologia e a ética do estudo. Sendo apresentadas quatro opções de escolha a ter em consideração: Sim; Não; Não claro ou Não aplicável.

Quadro 10 - Avaliação da qualidade artigo 5

Título: “Development and Evaluation of a MobileWeb-based Food Allergy and Anaphylaxis Management Educational Program for Parents of School-aged Children with Food Allergy: A Randomized Controlled Trial”. Autores: Hwayoung Kwen, Pok-Ja Oh. Ano: 2022					
	Sim	Não	Não Claro	Não aplicável	Comentários

1	A alocação dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x				
2	A alocação aos grupos foi oculta?	x				
3	Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	x				
4	Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?		X			
5	Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?		x			
6	Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	x				A colheita de dados via questionários autoaplicados.
7	Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	x				Controlo recebeu folheto;
8	O <i>follow-up</i> foi completado, e se não, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	x				
9	Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram aleatórios?	x				
10	Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	x				
11	Os resultados foram medidos de forma confiável?	x				
12	Foi utilizada análise estatística apropriada?	x				
13	O desenho do ensaio foi apropriado?	x				
Valor absoluto		11				

A avaliação crítica do artigo 5, resultou numa pontuação de 11 em 13 itens, indicando qualidade metodológica elevada. O estudo cumpre critérios fundamentais como alocação aleatória, comparabilidade dos grupos no início, avaliação idêntica dos resultados em todos os grupos e análise estatística adequada, num desenho experimental apropriado à questão de investigação.

Contudo, apresenta limitações metodológicas relacionadas com a não ocultação da alocação tanto aos participantes como aos responsáveis pela aplicação da intervenção, fatores previsíveis em estudos de programas educativos.

Estas limitações não invalidam a robustez do estudo, uma vez que a colheita de dados por questionários autoaplicados pelos pais atenuou o risco de enviesamento dos resultados.

O estudo é pertinente para a RIL pela sua evidência para a prática baseada na evidência, particularmente no que respeita à eficácia de programas educacionais digitais na capacitação parental da gestão da A.A. e anafilaxia, podendo sustentar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na educação em saúde, promoção de literacia e capacitação familiar.

Quadro 11 - Extração dos dados do Artigo 5

Identificação do artigo	Título: “Development and Evaluation of a MobileWeb-based Food Allergy and Anaphylaxis Management Educational Program for Parents of School-aged Children with Food Allergy: A Randomized Controlled Trial”. doi.org/10.1016/j.anr.2022.10.002 Autores: Hwayoung Kwen, Pok-Ja Oh.
Método	Ensaio clínico randomizado.
Pais	Coreia do Sul; contexto ambulatorio/comunitário, pais de crianças em idade escolar com alergia alimentar.
Língua	Inglês.
Ano de Publicação	2022.
Objetivo	Desenvolver e verificar a eficácia de um programa educacional móvel via web sobre gestão da A.A e anafilaxia para pais de crianças em idade escolar com A.A.
Participantes	Amostra com 73 pais de crianças em idade escolar com A.A, alocados ao grupo experimental e controlo.
Intervenções	- Aplicar um programa educacional via dispositivos moveis online, onde são abordados conceitos sobre a alergia alimentar e anafilaxia, uso de terapêutica de emergência e desenvolvimento de um plano de ação de emergência. <i>“The experimental group participated in a 2-week mobile web-based educational program that covered major topics in FA and anaphylaxis management. These topics included an understanding of food allergies and anaphylaxis, learning techniques for using an epinephrine auto-injector, and developing an emergency action plan.”</i>
Resultados	O estudo mostrou que intervenções baseadas na web movel melhoram o parental, a autoeficácia e o comportamento prático em relação à gestão da A.A. e reações anafiláticas.

4.5. DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidencia que a gestão da AA na infância constitui um desafio complexo para as famílias, com repercussões ao nível do desenvolvimento físico, emocional, social e organizacional. Venter *et al.* (2024, p. 4) referem que o medo parental associado ao risco de reações alérgicas compromete a introdução oportuna de alimentos complementares, perturbando o estabelecimento de padrões alimentares adequados desde o início da vida. Nocerino *et al.* (2024) complementam que o stresse e ansiedade parentais reforçam medos e ansiedade à criança nos momentos das refeições, limitam a vontade de experimentar novos alimentos, favorecem a recusa alimentar e a redução da ingestão de alimentos para evitar dor, desconforto ou ansiedade associados a experiências prévias.

Sendo a AA uma condição crónica sem cura, a sua gestão assenta na evicção do alergénio (Gaspar *et al.*, 2024), exigindo planeamento rigoroso nas substituições nutricionais. Contudo, esta estratégia pode originar aversões alimentares (Venter *et al.*, 2024, p. 4), precipitar défices nutricionais e perda de peso (Nocerino *et al.*, 2024), e contribuir para transtornos como neofobia alimentar ou perturbação da restrição evitativa da ingestão alimentar (ARFID), agravados por sintomas gastrointestinais (Nocerino *et al.*, 2024).

Venter *et al.* (2024) salienta que as restrições alimentares associadas à AA, sem acompanhamento nutricional adequado, podem comprometer o estado nutricional e o desenvolvimento físico infantil.

O impacto psicossocial das AA emerge como dimensão central na literatura analisada. Heideman e Poronsky (2022) & Nieto-Eugenio *et al.* (2021), descrevem que esta condição perturba profundamente as esferas pessoal, familiar, social e económica, transformando atividades quotidianas, como compras no supermercado, preparação de refeições e visitas a amigos em fontes potenciais de risco anafilático. Esta perceção decorre, em grande medida, da rotulagem alimentar inadequada que nem sempre identifica corretamente os alergénios presentes (Rearick *et al.*, 2011; Walter *et al.*, 2015 citado por Nieto-Eugenio *et al.* (2021).

Estes achados são consistentes com a literatura internacional que aponta para uma associação entre ansiedade parental e neofobia alimentar, bem como para dificuldades na gestão quotidiana da doença.

Kwen & Oh (2022), identificam limitações sociais impostas pelas restrições alimentares, ansiedade por risco de exposição accidental ao alergénio, receio de confiar a criança a terceiros e medo constante de reações graves como fatores que deterioram a qualidade de vida familiar. Feng & Kim (2019), citados por Heideman e Poronsky (2022), reportam que tanto crianças como pais desenvolvem depressão, ansiedade e stresse emocional, caracterizados por hipervigilância constante sobre escolhas alimentares, leitura de rótulos e segurança dos contextos de alimentação. Tal dinâmica compromete inclusive o desempenho laboral parental, com alguns cuidadores a reduzir ou a abandonar a sua atividade laboral (Cannon, 2018; Kish & Haslam, 2018; McBride *et al.*, 2010 citado por Heideman e Poronsky (2022)).

Os resultados desta RIL evidenciam que a AA na infância constitui uma condição de elevada complexidade, com impacto significativo na dinâmica familiar. O medo e a ansiedade parental emergem como fatores centrais, condicionando praticas alimentares e influenciando o comportamento da criança.

No ambiente escolar, as crianças com AA manifestam maior vulnerabilidade a isolamento social, discriminação e bullying (Feng & Kim, 2019 citado por Heideman e Poronsky, 2022). French (2018), citado por Heideman e Poronsky (2022), revela que cerca de um terço das crianças com AA sofre bullying motivado exclusivamente pela sua condição.

No domínio da prevenção, Schroer *et al.* (2017), citados por Heideman e Poronsky (2022), demonstram que a introdução precoce de alimentos potencialmente alergénicos reduz o risco de desenvolvimento de AA, contrariando a conceção tradicional de evicção sistemática como medida protetora. Pelo contrário, a exclusão precoce pode paradoxalmente aumentar a sensibilização alérgica, conforme reforçado pelas diretrizes do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infeciosas (NIAID, 2017 citado por Heideman e Poronsky, 2022).

O EEESF assume um papel determinante neste contexto particularmente na capacitação parental, através de intervenções educativas, apoio emocional e promoção da literacia em saúde. Contudo, verifica-se uma predominância de estudos em contexto hospitalar e escolar, sendo escassa a evidência em cuidados de saúde primários, o que limita a generalização dos resultados.

4.6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

À luz da questão de investigação que norteia esta RIL, “Qual é o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar na capacitação parental para a gestão da AA na infância?”, os resultados evidenciam um conjunto de implicações para a prática clínica que posicionam o EEESF como elemento articulador entre a família, a comunidade e os diferentes contextos de vida da criança. Sustentado no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece que o EEESF “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”, emerge um perfil de intervenção que integra dimensões biológicas, educativas e psicossociais, alinhadas com a prevenção primária, secundária e terciária.

No âmbito da prevenção primária, e enquadrado pelo Plano Nacional de Saúde Infanto-Juvenil, o EEESF assume um papel central nas consultas de vigilância de saúde da criança e do adolescente, desde o período neonatal até aos 18 anos (Melo, 2024). Nestes contactos sistemáticos, a monitorização dos parâmetros antropométricos, a avaliação do desenvolvimento e a abordagem de práticas alimentares permitem ao enfermeiro identificar precocemente fatores de risco e oportunidades de promoção da saúde. Em lactentes, a promoção e apoio à amamentação constituem uma intervenção prioritária, implicando o acompanhamento próximo da família, a clarificação de mitos e o reforço de competências parentais na gestão de dificuldades associadas ao aleitamento. Quando a amamentação não é possível, o EEESF deve orientar os cuidadores na escolha de alternativas nutricionais adequadas, esclarecendo que, em lactentes com alergia à proteína do leite de vaca, devem ser privilegiadas fórmulas extensamente hidrolisadas ou de aminoácidos, desencorajando a utilização de leites de outros mamíferos ou de bebidas vegetais como opções seguras. Paralelamente, a introdução gradual e segura de novos alimentos, incluindo os potencialmente alergénicos, deve ser alvo de aconselhamento estruturado, articulando, sempre que necessário, com o nutricionista para a elaboração de planos alimentares de substituição que previnam carências nutricionais e promovam padrões alimentares saudáveis.

Ao nível da prevenção secundária, as implicações clínicas centram-se na identificação precoce de sinais sugestivos de AA e na gestão individualizada da criança já com diagnóstico prévio de AA. A observação de recusa alimentar persistente, de perda ponderal ou de sinais de perturbação do comportamento alimentar exige uma avaliação cuidada por parte do EEESF, o qual, em articulação com a equipa multidisciplinar (pediatria, imunoalergologia, nutrição e psicologia), pode desencadear intervenções atempadas. A elaboração e atualização de um plano individual de saúde para a criança com alergia alimentar assume particular relevância, devendo este documento contemplar a identificação do alergénio implicado, a descrição dos sinais e sintomas de reação alérgica e o plano de ação a desencadear em situações de emergência. Neste âmbito, a educação para a saúde dirigida à família configura-se como eixo estruturante da prática, integrando conteúdos sobre leitura e interpretação de rótulos, estratégias seguras de evicção de alergénios em contexto familiar, escolar, seleção de alimentos em restaurantes ou em casa de familiares, bem como a preparação para situações imprevistas de exposição. A capacitação parental para a utilização correta da terapêutica de emergência, nomeadamente o ensino sobre o manuseamento de canetas de adrenalina, constitui uma competência essencial, que deve ser reforçada periodicamente. A evidência aponta ainda para o potencial de programas educativos online e intervenções mediadas por dispositivos móveis na redução

da ansiedade parental e do sentimento de culpa, pelo que o EEESF pode integrar e recomendar estas ferramentas como complemento às intervenções presenciais.

No domínio da prevenção terciária, ganha destaque a mitigação do impacto psicossocial da alergia alimentar na criança e no seu sistema familiar. A natureza crónica da condição, a necessidade de vigilância constante e o medo de reações graves podem gerar níveis significativos de ansiedade, sobrecarga emocional e evicção alimentar. A aplicação sistemática de instrumentos como a escala IFS permite ao EEESF identificar precocemente situações de sobrecarga e sofrimento emocional, orientando as famílias para recursos de apoio psicológico e intervindo de forma mais dirigida nas suas necessidades. Para além da avaliação, compete ao enfermeiro promover rotinas alimentares estruturadas e experiências positivas à mesa, favorecendo um ambiente de confiança que minimize o ciclo evicção–recusa. A participação em abordagens familiares, como a Family-Based Therapy (FBT) e outras modalidades de intervenção centradas na família, pode contribuir para facilitar a exposição gradual a novos alimentos em contextos seguros, reforçando simultaneamente o papel ativo dos pais na gestão dos sintomas. A validação de estratégias alimentares seguras e eficazes, aliada à escuta empática e ao apoio emocional continuado, ajuda a reduzir sentimentos de culpa, medo e ansiedade, favorecendo trajetórias de adaptação mais ajustadas e promovendo estilos de vida saudáveis.

O contexto escolar constitui outro eixo crítico de intervenção, onde o EEESF, em articulação com a equipa de saúde escolar, assume responsabilidades claras na promoção da segurança e inclusão da criança com AA. A elaboração de um plano individual de saúde específico para o ambiente escolar, em colaboração com pais/encarregados de educação, direção e equipa multidisciplinar escolar, permite definir de forma clara os alergénios a evitar, os sinais de alarme e os procedimentos a adotar em caso de reação aguda. A implementação de medidas preventivas, como a lavagem rigorosa de mãos, a higienização de utensílios e superfícies, a não partilha de alimentos e a adaptação de atividades letivas e extracurriculares de modo a evitar exposição inadvertida a alergénios, decorre diretamente deste planeamento. Simultaneamente, as sessões de educação para a saúde dirigidas a docentes, assistentes operacionais e alunos assumem um papel determinante na consciencialização sobre a gravidade da AA, na formação para o reconhecimento de anafilaxia e no treino da administração de terapêutica de emergência. A identificação precoce de situações de bullying, a proteção da privacidade da criança com AA e a promoção de práticas inclusivas que evitem rotulagens discriminatórias constituem igualmente implicações relevantes para a prática do EEESF, que aqui se afirma como defensor dos direitos da criança e promotor de ambientes escolares seguros e integradores.

Por fim, a prática clínica do EEESF na gestão da alergia alimentar na criança é indissociável de uma abordagem multidisciplinar e de um compromisso com a atualização contínua. A facilitação da comunicação entre família, escola e equipa de saúde assegura a coerência do plano terapêutico nos diferentes contextos de vida da criança e evita mensagens contraditórias que possam aumentar a insegurança parental. A participação em programas de formação contínua, a atualização de protocolos e a incorporação da melhor evidência disponível nas intervenções diárias reforçam o papel do EEESF como agente de mudança e garante de cuidados de enfermagem especializados e baseados na evidência. Neste sentido, as implicações para a prática clínica decorrentes desta RIL sublinham que o EEESF, ao integrar de forma articulada intervenções de natureza clínica, educativa e psicossocial, contribui decisivamente para a segurança alimentar, para a capacitação parental e para a melhoria da qualidade de vida da criança com AA e da sua família.

4.7. LIMITAÇÕES NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No âmbito desta RIL, foram identificadas algumas limitações que condicionaram a profundidade e abrangência de artigos disponíveis sobre a temática.

A estratégia de pesquisa limitada, a heterogeneidade dos estudos incluídos, bem como o número reduzido de estudos sobre a capacitação parental na gestão da AA na infância pelo EEESF, constituíram limitações metodológicas no presente trabalho. Ainda assim, muitos dos estudos analisados foram desenvolvidos por enfermeiros de saúde escolar, em contextos onde o modelo de enfermagem familiar consolidado, semelhante ao existente em Portugal, não se encontra ainda implementado, o que dificulta a transposição direta das recomendações para a realidade nacional dos cuidados de saúde primários.

Uma parte significativa dos estudos realizados nesta área de interesse apresentava uma orientação predominantemente médica, centrada em diagnósticos, terapêutica farmacológica e contexto hospitalar, em detrimento de abordagens focadas na enfermagem de saúde familiar e na capacitação parental em contexto comunitário, o que restringiu a identificação de evidência diretamente aplicável à prática do EEESF nos Cuidados de Saúde Primários.

Acresce que vários estudos potencialmente relevantes não se encontravam em acesso aberto, limitando o acesso ao texto integral e, consequentemente, o número de artigos elegíveis para análise aprofundada.

Estas limitações metodológicas e contextuais sublinham a necessidade de desenvolver investigação primária em Portugal, realizada em unidades de saúde familiar e centrada nas competências específicas do EEESF na capacitação parental para a AA, permitindo validar e adaptar as intervenções identificadas à realidade sociocultural e organizacional do nosso sistema de saúde.

CONCLUSÃO

O presente relatório constituiu o culminar de um percurso formativo desenvolvido no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sendo simultaneamente um instrumento de reflexão crítica sobre a prática clínica supervisionada e um exercício de produção de conhecimento sustentado na evidência científica. O estágio realizado na USF T permitiu integrar saberes teóricos, científicos e práticos, possibilitando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESF, em conformidade com o Regulamento n.º 428/2018 da OE.

Relativamente aos objetivos definidos para o estágio, considera-se que foram globalmente alcançados. No domínio do desenvolvimento de competências comuns do EE, a prática quotidiana na USF T proporcionou oportunidades concretas de consolidação nos quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal foi integrada de forma transversal na prestação de cuidados, sustentada no respeito pela autonomia, confidencialidade e dignidade das famílias acompanhadas; a melhoria contínua da qualidade traduziu-se na adoção de uma prática reflexiva, ancorada em evidência científica e orientada para a satisfação das necessidades das famílias; a gestão dos cuidados foi exercida em articulação com a equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade e a otimização dos recursos disponíveis; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais consubstanciou-se na mobilização de modelos teóricos de enfermagem e instrumentos de avaliação familiar, bem como na permanente procura de orientação científica e pedagógica.

No que respeita às competências específicas do EEESF, o estágio possibilitou cuidar a família enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital, intervindo nos diferentes níveis de prevenção, e liderar processos de intervenção em enfermagem de SF. A aplicação do MCAIF a uma família em transição para a parentalidade constituiu uma experiência particularmente significativa, ao permitir uma avaliação sistémica e multidimensional, sustentada em instrumentos validados como o genograma, o ecomapa, a Escala de Graffar, o APGAR Familiar de Smilkstein e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. A elaboração do plano de cuidados em parceria com a família, tendo como referenciais o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, evidenciou o potencial transformador de uma prática clínica especializada, centrada na família e ancorada em conhecimento teórico próprio da disciplina de enfermagem.

A componente de prática especializada baseada na evidência, materializada na RIL, permitiu aprofundar o conhecimento sobre o contributo do EEESF na capacitação parental para a gestão da AA na infância. Foram incluídos cinco estudos com diferentes abordagens metodológicas: quantitativas, qualitativas e de métodos mistos, que evidenciaram a complexidade multidimensional desta condição crónica. Os resultados demonstraram que a AA na infância tem um impacto significativo no desenvolvimento físico, emocional e social da criança, bem como na dinâmica familiar, marcada pelo medo, pela ansiedade parental e pela necessidade de reorganização permanente das rotinas alimentares e sociais. Ficou também patente o impacto psicossocial nas famílias, com risco aumentado de isolamento social, situações de bullying em contexto escolar e sobrecarga emocional dos cuidadores.

A análise da evidência permitiu, igualmente, identificar o EEESF como agente determinante na capacitação parental, através de intervenções educativas estruturadas, apoio emocional continuado, promoção da literacia em saúde e articulação com recursos comunitários e escolares. A sua atuação revela-se particularmente relevante nos três níveis de prevenção: na prevenção primária, através da promoção da amamentação, da introdução adequada de alimentos potencialmente alergénicos e da vigilância do desenvolvimento infantil; na prevenção secundária, mediante a identificação precoce de sinais sugestivos de AA, a elaboração de planos individuais de saúde e a capacitação para o uso de terapêutica de emergência; e na prevenção terciária, através da mitigação do impacto psicossocial, do apoio à adaptação familiar e da promoção da inclusão da criança em contexto escolar e comunitário.

Apesar dos contributos relevantes, a RIL evidenciou limitações significativas na evidência disponível. A escassez de estudos realizados em contexto de cuidados de saúde primários, a predominância de investigação desenvolvida em contexto hospitalar e escolar, e a reduzida produção científica nacional centrada na intervenção do EEESF na gestão da AA constituem lacunas importantes. A maioria dos estudos analisados foi conduzida em contextos onde o modelo de enfermagem familiar consolidado, semelhante ao existente em Portugal, não se encontra implementado, o que dificulta a transposição direta das recomendações para a realidade nacional.

No plano do desenvolvimento pessoal e profissional, este percurso formativo constituiu uma experiência transformadora. A prestação de cuidados em contexto de USF possibilitou a consolidação de competências relacionais, comunicacionais e de tomada de decisão clínica, bem como o reforço da capacidade de pensamento crítico e reflexivo. A realização de entrevistas familiares, a aplicação de instrumentos de avaliação familiar e a condução de consultas de enfermagem em diferentes programas de vigilância em saúde permitiram desenvolver uma prática mais autónoma, fundamentada e centrada na família. A aprendizagem foi potenciada pela articulação permanente entre teoria e prática, pela orientação atenta do enfermeiro orientador e pela partilha com colegas de mestrado, configurando um processo de crescimento conjunto.

A motivação pessoal subjacente à escolha do tema, decorrente da experiência vivida com o diagnóstico de AA do meu filho, revelou-se um fator estruturante neste percurso. A possibilidade de integrar uma vivência pessoal num projeto académico e profissional permitiu transformar a experiência subjetiva em conhecimento crítico e em compromisso com a melhoria dos cuidados prestados às famílias com crianças com AA. Este processo reforçou a convicção de que a prática do EEESF se constrói na confluência entre o saber científico, a competência técnica e a sensibilidade humana.

Em termos de contributos para a prática clínica, o presente relatório sublinha a pertinência de o EEESF adotar uma abordagem holística, sistémica e centrada na família, integrando dimensões biomédicas, educativas e psicossociais. A capacitação parental para a gestão da AA na infância exige intervenções estruturadas que combinem informação científica rigorosa, treino prático de competências (como a leitura de rótulos e a administração de terapêutica de emergência), apoio emocional e articulação com os contextos de vida da criança, nomeadamente o contexto escolar. A integração de ferramentas digitais, como programas educativos online, surge como uma estratégia complementar promissora, particularmente útil no contexto comunitário, onde o tempo de consulta é frequentemente limitado.

Considera-se ainda relevante destacar a importância da articulação multidisciplinar e intersectorial. A gestão eficaz da AA na infância requer cooperação estreita entre enfermeiros de família, pediatras,

imunoalergologistas, nutricionistas, psicólogos e profissionais da saúde escolar, bem como o envolvimento ativo da família e da comunidade educativa. O EEESF, pela sua proximidade relacional com as famílias e pelo acompanhamento longitudinal que estabelece, encontra-se numa posição privilegiada para liderar e coordenar estes processos de intervenção integrada.

Como sugestões para investigação futura, recomenda-se o desenvolvimento de estudos primários em Portugal, realizados em USF e centrados nas competências específicas do EEESF na capacitação parental para a AA. A realização de investigação qualitativa que explore as vivências e necessidades das famílias portuguesas com crianças com AA, bem como estudos quantitativos que avaliem a efetividade de programas estruturados de capacitação parental, permitiriam validar e adaptar as intervenções identificadas à realidade sociocultural e organizacional do sistema de saúde nacional. Adicionalmente, seria pertinente investigar o impacto de programas de educação para a saúde mediados por tecnologias digitais e a sua integração na prática quotidiana dos cuidados de saúde primários.

Reconhecem-se, igualmente, limitações inerentes ao percurso desenvolvido. A duração do estágio, embora adequada aos objetivos formativos definidos, não permitiu a implementação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nem o desenvolvimento de projetos de investigação primária. A RIL apresenta as limitações já identificadas no capítulo correspondente, nomeadamente a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e o número reduzido de artigos diretamente focados no papel do EEESF. Estas limitações, contudo, não comprometem a relevância dos contributos produzidos, mas antes apontam direções para o aprofundamento futuro do conhecimento nesta área.

Em síntese, o presente relatório procurou refletir, de forma crítica e fundamentada, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar, evidenciando o papel transformador do EEESF na promoção da saúde das famílias e, em particular, na capacitação parental para a gestão da alergia alimentar na infância. A consolidação de uma prática especializada, autónoma, reflexiva e baseada na evidência constitui um imperativo ético e profissional, num contexto em que as famílias enfrentam desafios crescentes de natureza biopsicossocial. O EEESF afirma-se, assim, como um agente central na construção de respostas em saúde mais humanas, mais qualificadas e verdadeiramente centradas na família, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das crianças, dos seus cuidadores e das comunidades em que se inserem.

Conclui-se este percurso com a convicção de que o desenvolvimento profissional do EE é um processo contínuo, alicerçado na formação permanente, na investigação e na prática reflexiva. As aprendizagens consolidadas durante este mestrado constituem um ponto de partida, não de chegada, para uma trajetória profissional comprometida com a excelência dos cuidados, com a defesa dos direitos das famílias e com a afirmação da disciplina de Enfermagem como área de conhecimento autónoma e socialmente relevante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios Familiares: uma visão sistemática*. Quarteto editora.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cabral, António (2024). Sociedade Portuguesa de Alergologia Pediátrica. <https://spap-alergoped.pt/para-doentes-pais-e-cuidadores>.
- Cardoso, R. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Unidade de Psicologia Medica, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina do Porto.
- C., Rishma, S., Lianne, H., Elaine, T., Sharon, C., Scott & C. Edmond (2020). Parents of children with food allergy: A quality study describing needs and identifying solutions. *Annals of allergy, asthma & immunology*, 125(6), 674-679. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2020.05.014>
- Direção Geral Saúde (2025). *Norma nº09/2024 de 17/10/2025. Programa de rastreio de base populacional do cancro colo do útero*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-092024-de-17102024-programa-de-rastreio-de-base-populacional-do-cancro-do-colo-do-utero>.
- Escola Superior de Saúde Leiria (2025). *Planeamento Estágio III: Enfermagem Cuidados de saúde à Família em contexto de USF/UCSP*.
- Espadana, M. et al (2023). *Procedimento de Visitação Domiciliária de enfermagem à Pessoa em situação de dependência*. Aces ON.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel: edições técnicas, Lda.
- Gaspar, Á., & Grupo de Interesse de Alergia Alimentar da SPAIC. (2024). Normas de orientação em imunoterapia oral na alergia alimentar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 32(4), 185–195. [https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/editorial\(57\).pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/editorial(57).pdf)
- Heideman, K., & Poronsky, C. B. (2022). Protocols for managing food allergies in elementary and secondary schools. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 45(3), 234-246. <https://doi.org/10.1080/24694193.2021.1883771>
- Kwen,H., & Oh, P.-J. (2022). Development and Evaluation of a MobileWeb-based Food Allergy and Anaphylaxis Management Educational Program for Parents of School-aged Childrenwith Food Allergy: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.10.002>
- Junta de Freguesia SM (2025). *Apresentação e história*. https://www.jf-salirdematos.pt/apresentacao-e-historia/?utm_source=chatgpt.com.

Junta de Freguesia T e SP (2025). *História e freguesia*. <https://www.tornadaesalirdoportop.pt/freguesia/historia>.

Melo, P. (2024). *Consulta de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Guia de decisão clínica*. Lidel.

Marques, R., Nené M & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lidel

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem- Teoria e prática*. Lidel: Edições Técnicas, Lda.

Nieto-Eugenio, I., Romero-Saldaña, M., Guler-Caamaño, I., & Rich-Ruiz, M. (2021). Validation of the Impact on Family Scale (Spanish version) and predictive variables in parents of children with severe food allergy. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.08.011>

Nocerino, R., Mercuri, C., Bosco, V., Giordano, V., Simeone, S., Guillari, A., & Rea, T. (2024). Development and management of avoidant/restrictive food intake disorder and food neophobia in pediatric patients with food allergy: A comprehensive review. *Nutrients*, 16(17), Article 3034. <https://doi.org/10.3390/nu16173034>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento n.º 126/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto*. Diário da República. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho): regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2018-115603190>

Serviço Nacional de Saúde (2025). *Unidade Local Saúde O*. <http://www.choeste.min-saude.pt/instituição/>

Serviço Nacional de Saúde (2025). *BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <http://www.bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/938/30035/2100691/pages/default.aspx>

Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. (2014). *Prevalência de alergias alimentares em crianças portuguesas*. <https://www.spaic.pt/noticias/ate-22-das-criancas-na-europa-tem-uma-alergia>.

Sousa, L. M. M. de, Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: Tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), Artigo 07. doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Edição). Lusociência.

Unidade Local de Saúde do O. (2025). *Regulamento Interno da Unidade de Saúde Familiar T*.

Venter, C., Roth-Walter, F., Vassilopoulos, E., & Hicks, A. (2024). Dietary management of IgE and non-IgE-mediated food allergies in pediatric patients. *Pediatric Allergy and Immunology*. <https://doi.org/10.1111/pai.14100>

Victória, A, Costa, C., Cordeiro, M., Santos, A.P., Tavares, M., &Tavares, P. (2024). Transição para a parentalidade: estratégias promotoras utilizadas pelos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 10(1), Article 324. <https://rpics.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/324>

Wright, L. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. (5ª ed). Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE I - APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária:

Área Enfermagem de Saúde Familiar

APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.

Cláudia Coito, nº 5240077

Leiria, julho de 2025

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FÍGURAS

1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO DA FAMÍLIA

2. APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

2.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

2.1.1. Avaliação Estrutural interna

2.1.2. Avaliação Estrutural externa

2.1.3 Avaliação Estrutural contexto

2.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Estadio – Etapa do Ciclo Vital

Tarefas

Vínculos

2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.3.1. Instrumental

2.3.2. Expressiva

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

3.1. Plano de cuidados à Família OM

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Elementos da Família OM

Quadro 2 – Aplicação da escala de APGAR Familiar de Smilkstein á Família OM

Quadro 3: Funcionalidade da família OM no desempenho das atividades básicas de vida diária.

Quadro 4 – Plano de cuidados da família OM.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Genograma da família OM e legenda.

Figura 2 - Ecomapa da família OM e legenda.

Figura 3 - Escala de Graffar da família OM

Figura 4 – Aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à Família OM.

1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO DA FAMÍLIA

Para o desenvolvimento e aplicação do MCAIF escolhi uma família nuclear, constituída por um recém-nascido de 22 dias de vida. Estamos perante uma família numa transição para a parentalidade, uma transição normativa, devido ao nascimento do primeiro filho, pelo que necessita de avaliação e intervenção por um EEESF.

As transições familiares são alvo de intervenção por um EE, porque independentemente da natureza da transição, os acontecimentos que a originam implicam uma necessidade de reorganização nos papéis e nas tarefas de cada um dos elementos e da família, que, por conseguinte, pode pôr em causa o seu equilíbrio e funcionamento. Uma transição saúde/doença implica mudanças no sistema familiar, nos papéis que cada um desempenha e nos estilos de vida da família (Figueiredo, M et al. 2024, p.339). Segundo Meleis et al., (2011) citado por Figueiredo, M et al. (2024, p.339) a família tem de ser capacitada a utilizar os recursos que lhe permitam resolver os desajustes no sentido de se adaptarem a um novo estado.

A família OM é composta pelo RM, casado com IF e têm uma filha, recém-nascida de 22 dias de vida. A gravidez do casal foi desejada e planeada, e decorreu sem complicações. Antes do nascimento da sua filha, o casal partilhava atividades desportivas em conjunto, padel, duas vezes por semana e caminhadas diariamente. Embora a amamentação da OM esteja a ser um desafio para o casal, referem o nascimento da filha como um momento muito importante na vida de ambos. Estamos perante uma recém-nascida sonolenta, com necessidade de estímulo tátil frequente para dar continuidade à mamada e que também apresenta dificuldade no aumento ponderal espetável para a fase do desenvolvimento em que se encontra. Esta situação tem desencadeado alguma ansiedade na IF porque sente que não está a desempenhar bem o seu papel de mãe e porque a sua mãe tem duvidado da sua capacidade para amamentar (incentivando à introdução de leite de fórmula).

A família reside no centro da cidade, numa habitação própria. Atualmente encontram-se em período de licença parental e contam com o apoio dos avós maternos para a preparação das refeições, cuidado com a casa e com a roupa. A restante família alargada vive no mesmo concelho.

Os elementos da família OM encontram-se apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Elementos da Família OM

Nome	Papel na Família	Género	Idade	Data de nascimento	Escolaridade	Profissão
RM	Marido/ Pai	Masculino	34	1991	Ensino Superior	Informático
IF	Esposa/ Mãe	Feminino	34	1991	Ensino Superior	Farmacêutica
OM	Filha	Feminino	22d	2025-05-07	Não se aplica	Não se aplica

A colheita de dados à família em estudo, foi realizada nesta unidade, em dois momentos de entrevista e através de uma visita domiciliar.

2. APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) avalia a família numa perspetiva sistémica, tendo por base a função, a sua dinâmica, a estrutura, assim como a interação com os outros sistemas. Este modelo orienta para uma visão macro do sistema, através de três dimensões, a estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar. Sendo que cada uma destas dimensões agrega várias subcategorias que permitem a avaliação micro do sistema (Figueiredo, M, 2023, p.377).

2.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A avaliação da dimensão estrutural incide sobre a estrutura da família, como forma de identificar a composição familiar, os vínculos existentes entre os vários elementos da família e subsistemas como a família extensa e os sistemas mais amplos e aspetos relacionados com o contexto ambiente (Figueiredo, M.,2013, p.73).

2.1.1. Avaliação Estrutural interna

Na dimensão da avaliação estrutural interna avalia-se a família quanto à composição familiar, ordem do nascimento, género, orientação sexual, subsistemas e limites.

Composição Familiar

A família OM, é composta pela IF, de 34 anos de idade, farmacêutica, casada com RM, com 34 anos de idade, informático, e pela OM, de 22 dias de vida, filha do casal. Residem na cidade. Esta família é do tipo nuclear.

Ordem do nascimento

No que respeita a ordem de nascimento, o RM nasceu a 13/08/1990, a IF nasceu a 11 de novembro de 1990 e a OM nasceu a 7 de maio de 2025.

Género

Quanto ao género dos elementos da família, a IF é do género feminino, o RM do género masculino e a OM do género feminino.

Orientação sexual

Em relação à orientação sexual, a IF e o RM assumem-se como heterossexuais, á exceção da OM, que pela idade não é possível determinar.

Subsistemas familiares

Na família OM, podemos encontrar os seguintes subsistemas familiares: o individual, correspondente a cada um dos elementos da família. O subsistema conjugal constituído pelo casal, RM e a IF e o subsistema parental entre o RM e a IF para com a sua filha OM. Segundo

Relvas (2003) citado por Figueiredo, M., (2013, p.34) o subsistema parental exerce funções executivas, tendo como objetivo a educação e proteção dos filhos e pode incluir outros elementos da família para além dos pais. E por fim, o subsistema filial entre a OM e os seus pais, RM e IF.

Limites

Os limites dentro da família nuclear são claros e flexíveis. O casal RM e IF tendem a definir o seu próprio papel parental e agem em concordância com o mesmo. Recentemente, ocorreram momentos de ligeira tensão entre a IF e a sua mãe, pois a avó materna tende a intervir sobre o que devem ser as opções sobre o aleitamento da recém-nascida. Esta diferença de opinião desencadeia alguma discórdia entre a IF e a sua mãe. Por esse motivo podemos entender que existem limites difusos com o casal RM e IF e a avó materna de OM.

2.1.2. Avaliação Estrutural externa

A dimensão da avaliação estrutural inclui subcategorias como a família extensa e sistemas mais amplos.

Família extensa

A família extensa permite identificar o tipo e intensidade do contacto assim como as funções das relações que os membros da família estabelecem entre si (Figueiredo, M., 2013, p.74).

No que respeita a família extensa, existe contacto próximo com os avós maternos da OM, por viverem na mesma cidade e estes visitam regularmente o casal e a recém-nascida. A IF tem uma relação de proximidade e amizade com a mãe, no entanto nesta fase sente que os ideais e crenças da sua mãe sobre o aleitamento materno diferem das suas. No entanto, são os pais de IF que asseguram a preparação das refeições, o apoio no cuidado da casa e o tratamento da roupa.

O casal RM e IF tem uma relação de proximidade com os tios paternos da OM, vivem no mesmo concelho, o que permite que se visitem com frequência. Esta proximidade entre eles deve-se ao facto de o casal também ter uma criança com 5 meses de vida o que facilita a troca de experiências, partilha de emoções sobre a parentalidade. O RM e IF tem uma relação de proximidade com os restantes elementos da família.

De modo a facilitar a visão da estrutura interna, externa e o contexto em que a família OM está inserida, elaborei o genograma da família OM (Wright & Leahey, 2013 citado por Figueiredo et al., 2023, p. 377), possível observar através da figura 1.

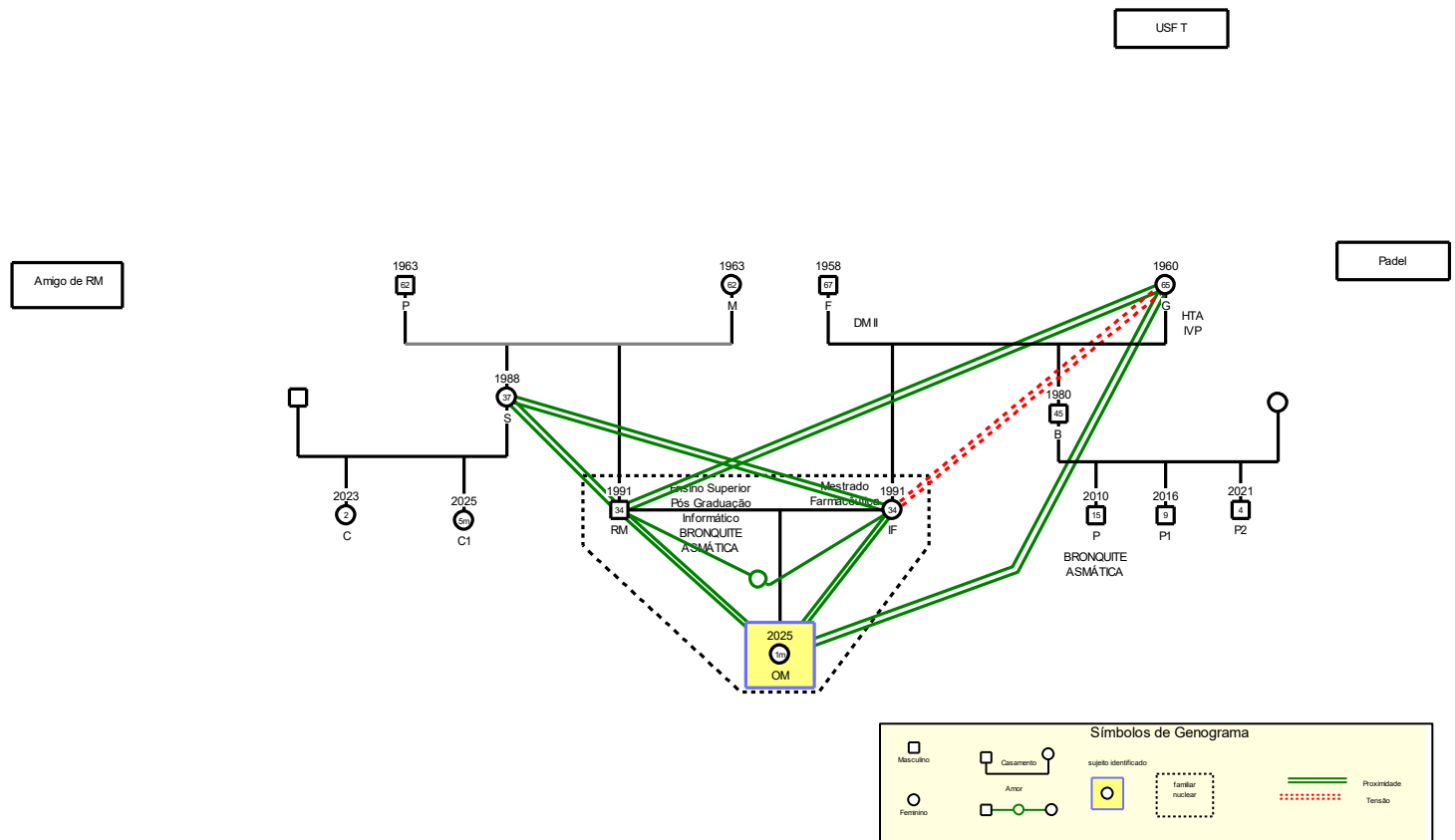


Figura 1: Genograma da família OM e legenda.

Subsistemas mais amplos

Incluem as interações sociais entre os contextos em que a família participa, como elementos significativos não pertencentes á família extensa, capazes de trazer ajuda significativa ou diferenciada (inclui instituições de ensino, de saúde, religiosas, lazer e ou cultura, contexto profissional e amigos) (Figueiredo, M., 2013, p.74).

A família OM tem uma relação próxima com o grupo de padel onde ambos praticam desporto. Atualmente com o nascimento de OM viram-se obrigados a suspender a prática de exercício como forma de conseguir ajustar as tarefas e reajustar o papel de pais e as prioridades com o nascimento da sua filha.

A família tem uma relação próxima com a USF T, pois vê nos profissionais de saúde, em particular no enfermeiro de família um recurso para o esclarecimento de dúvidas acerca dos cuidados ao recém-nascido, amamentação e dúvidas sobre questões do desenvolvimento infantil e planeamento familiar.

O RM tem uma ligação forte com o seu amigo de infância, sendo este um elemento de apoio e com quem partilha o gosto pela música.

As informações sobre o tipo de relacionamento da família, os subsistemas com quem interagem, bem como a intensidade do vínculo estabelecido entre cada um dos membros pode ser consultado através do ecomapa da família OM, apresentado na figura 2.

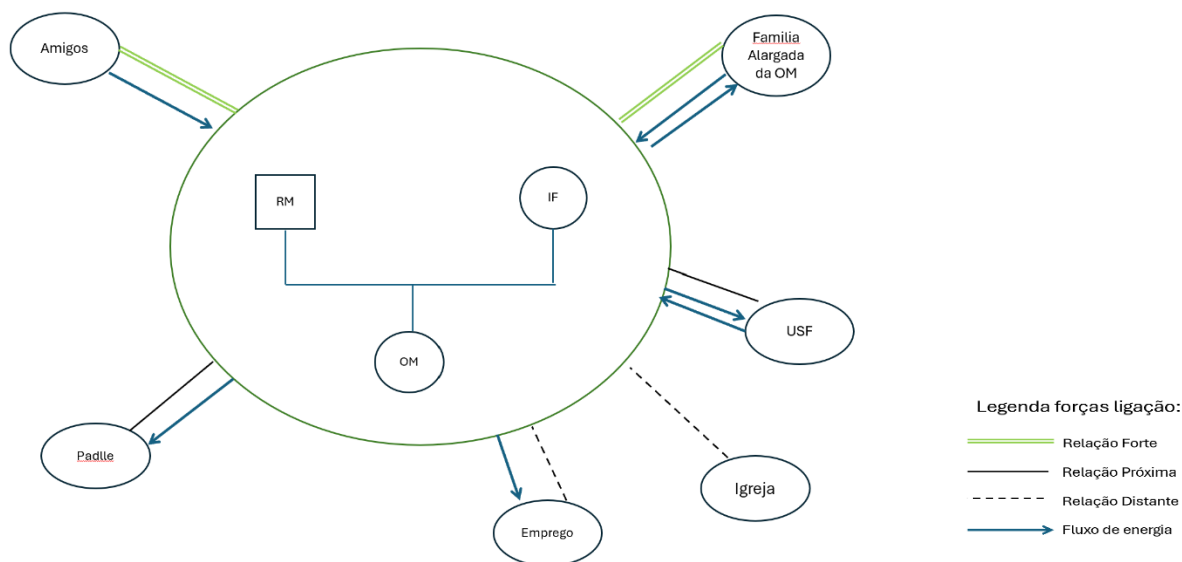


Figura 2: Ecomapa da família OM e legenda.

2.1.3 Avaliação Estrutural contexto

Na dimensão da avaliação estrutural do contexto inclui a avaliação da: etnia, raça, classe social, religião e/ou espiritualidade e ambiente.

Raça

A família O é de raça caucasiana, apresentam características da população europeia (fenótipo pele clara).

Etnia

O RM e a IF, no que se refere á etnia, são de origem portuguesa.

Classe Social

Identificar a classe social permite compreender de forma mais aprofundada os recursos e os fatores de stress familiares que podem estar associados a aspetos económicos, instrução, grupo profissional e contexto residencial (Figueiredo, M., 2024, p.353). De modo a caracterizar a posição social da Família OM foi aplicada a Escala de Graffar (Figura 3), tendo sido obtida uma pontuação de 9 pontos, que corresponde a uma família pertencente à classe média alta (9).

Graus	Profissão	Nível de instrução	Fonte do rendimento familiar	Conforto do alojamento	Local de residência	Pontos
1	- Grandes empresários - Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); - Profissionais com títulos universitários; - Militares de alta patente; - Altos dirigentes políticos; - Profissões liberais (curso superior)	- Ensino universitário ou equivalente - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	Fortuna herdada ou adquirida.	Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto.	Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.	
2	- Médios empresários; - Dirigentes de empresas (≤ de 500 empregados); - Agricultores e proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; - Oficiais das forças armadas; - Professores do ensino básico e secundário.	Bacharelato.	- Altos vencimentos ou honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) - Lugares bem remunerados	Casa ou andar que sem ser tão luxuoso é espaçoso e confortável.	Zona residencial boa, de ruas largas com casa confortáveis e bem conservadas.	
3	- Pequenos empresários (≤ de 50 empregados); - Empregados e operários qualificados; - Quadros médios; - Médios agricultores; - Sargentos e equiparados.	12º ano; - Nove ou mais anos de escolaridade.	Vencimento mensal fixo.	Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e W.C.	- Zona antiga - Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto em geral menos confortável.	
4	- Operários especializados com ensino primário completo; - Operários semi-qualificados; - Técnicos administrativos; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas; - Pequenos agricultores e reendeiros.	Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos.	- Vencimentos incertos - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou reformados.	- Com cozinha e W.C., mas: - Degradado e/ou - Sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	

Figura 3: Escala de Graffar da família OM

Fonte: Adaptado Figueiredo (2013)

Religião/Espiritualidade

O casal RM e IF são católicos, mas participam apenas em momentos festivos (casamentos, batismos e outras celebrações religiosas).

Ambiente

A avaliação deste domínio permite identificar de que modo subcategorias como lar, vizinhança, acesso a escolas, transportes públicos influenciam o funcionamento familiar.

O casal RM e IF vivem numa zona calma da cidade, num apartamento tipologia T4, com ar condicionado, saneamento básico, água potável canalizada e eletricidade. A casa é composta por 4 quartos, 2 casas de banho, cozinha, sala de estar, 2 lugares de garagem e uma arrecadação. A habitação está localizada no centro da cidade, junto a 2 supermercados, rede de transporte públicos (autocarros e comboio), unidades de saúde, farmácias e escolas. O apartamento está em ótimo estado de conservação, arrumado, limpo e bem iluminado.

2.2 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

A avaliação da dimensão do desenvolvimento familiar permite compreender os fenómenos associados ao crescimento da família numa abordagem conceptual processual e contextual. Identificar o contexto do desenvolvimento do sistema familiar requer o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjecturável para todas as famílias assim como a identificação de processos de evolução (Figueiredo, M., 2013, p.78)

Estadio – Etapa do Ciclo Vital

O ciclo vital da família é marcado por conjunto de etapas do desenvolvimento que marca uma sequência de mudanças previsíveis na mudança da organização familiar ao longo do

tempo (Alarcão, 2000 citado por Figueiredo, M. 2024, p.153). A Família OM, segundo o estadio do ciclo vital de Duvall, encontra-se na etapa II: Família com filhos pequenos.

Tarefas

A etapa do ciclo vital, família com filhos pequenos requer o ajuste do sistema conjugal para dar espaço aos filhos e ao desenvolvimento do papel parental, educação da recém-nascida OM e a reorganização das relações com a família extensa, de modo a incluir os avós, tios e primos. Nesta etapa observa-se, também o cumprimento de tarefas domésticas e financeiras.

Vínculos

Na família nuclear existe um vínculo muito forte entre a IF, o marido, RM, a filha recém-nascida OM. A família nuclear apresenta um vínculo forte com todos os restantes familiares, em particular com a avó materna (G) e a tia paterna (S).

No entanto, nesta fase de transição para a parentalidade e o desenvolvimento do papel parental, a IF sentiu alguma tensão na relação que estabelecia com a sua mãe, pois numa fase inicial de vigilância de saúde infantil, a recém-nascida OM, demonstrou alguma dificuldade na adaptação ao peito materno e com consequente repercussão no aumento ponderal. Este momento fez com que a avo materna adotasse um comportamento mais intrusivo no que respeita os ideias do casal sobre a alimentação da sua filha. O genograma e o ecomapa retratam os vínculos familiares da família OM.

2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação da dimensão funcional avalia o modo como a família interage com o meio e como comunica com os outros sistemas bem como interage com o ambiente em que está inserido (Figueiredo, M., 2024, p.379).

Mediante aplicação da escala de Apgar Familiar de SMilkstein à família do estudo de caso, podemos concluir que a família OM é uma família altamente funcional, perante avaliação dos parâmetros da escala, tendo obtido uma pontuação de 9 pontos. Pode observar-se no quadro 2, a aplicação da escala à família OM.

Quadro 2 – Aplicação da escala de APGAR Familiar de Smilkstein á Família OM

Fonte: Adaptado Figueiredo, 2013, anexo 4.

APGAR	Quase Sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
2. Estou satisfeito pela forma como a		X	

minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		
TOTAL			

Como forma a avaliar a funcionalidade da família OM, procede-se à aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, presente na Figura 4.

N.º	Acontecimento	Valor médio	N.º	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do conjugue	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim da escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições/horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	30	35	Mudança de atividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança no nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alterações n.º discussões c/ cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um empréstimo	30	43	Pequenas transgressões	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Figura 4 – Aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe à Família OM.

Fonte: <https://pt.scribd.com/document/678519262/Escala-de-Readaptacao-Social-de-Holmes-e-Rahe>

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe é um instrumento que integra eventos significativos de vida e que permite analisar o impacto nos acontecimentos de vida permitindo explorar as transições familiares recentes contribuindo para ajustar o processo terapêutico (Figueiredo, M. et al, 2023 citando Masuda e Holmes, 1978). Na família OM, da lista de eventos de vida da escala de readaptação social de Holmes e Rahe, identificamos os acontecimentos nº12 – gravidez, nº14 - aumento do agregado familiar (nascimento de OM), nº 16 – mudança na situação económica, nº 29 alteração dos hábitos pessoais, nº 38 mudança nos hábitos de sono. Assinalados os eventos ocorridos no último ano, o valor total encontrado para a família OM é de 157, pelo que existe baixa probabilidade de incidências de doenças.

A avaliação funcional engloba duas dimensões essenciais ao desenvolvimento da família, a dimensão instrumental e a expressiva.

2.3.1. Instrumental

Atividades de vida diárias

As atividades de vida diárias, segundo a OE podem dividir-se em dois grupos, as atividades básicas de vida diárias e as atividades instrumentais de vida diária. No seguinte quadro podemos constatar as funcionalidades da família OM.

Quadro 3: Funcionalidade da família OM no desempenho das atividades básicas de vida diária.

Atividades Básicas de Vida Diária	Funcionalidade/Dependência
Higiene Pessoal	Os elementos da família OM são independentes na realização desta atividade de vida, exceto a OM, pelo seu estadio de desenvolvimento.
Eliminação e uso do sanitário	Os elementos da família OM são independentes na realização desta atividade de vida. A OM, pelo seu estadio de desenvolvimento, a eliminação vesical e intestinal ocorre em dispositivo de eliminação (fralda).
Vestuário	Os elementos da família OM são independentes na realização desta atividade de vida, exceto a OM, pelo seu estadio de desenvolvimento.
Alimentação	Os elementos da família OM são independentes na realização desta atividade de vida, exceto a OM, pelo seu estadio de desenvolvimento. A recém-nascida, OM encontra-se a fazer leite materno exclusivo. O casal refere fazer uma alimentação saudável e equilibrada às suas necessidades.
Locomoção	Os elementos da família OM são independentes na realização desta atividade.
Transferência	Os elementos da família OM são independentes na realização desta atividade.

No que respeita as atividades instrumentais de vida diária, a família OM é independente na gestão de atividades como o cuidar da casa, da roupa, preparar os alimentos, gerir rendimento familiar, utilizar meios de comunicação, como telemóvel, e meios de transportes. A recém-nascida OM realiza atividades de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.

2.3.2. Expressiva

Comunicação emocional

Na família, existem sentimentos de respeito e amor, os sentimentos são expressos de forma verbal, não verbal e através de atitudes. Ambos estão satisfeitos com o modo como cada um expressa os seus sentimentos. A IF encontra-se emocionalmente mais sensível e mais ansiosa, mas refere que expressar os seus sentimentos com o marido a faz sentir mais compreendida. O casal refere satisfação conjugal mantida e papel parental não comprometido. Durante a visita ao domicílio observei uma relação entre o casal afetuosa, de entreaajuda com as tarefas domésticas e com os cuidados prestados à recém-nascida. Reforcei a importância de manterem momentos de partilha de sentimentos e comunicação emocional.

Comunicação verbal e não verbal

Na família nuclear, a comunicação verbal é efetiva e comunicam utilizando um discurso direto e claro quando comunicam. Compreendem o que lhes é transmitido. No entanto, a IF e a sua mãe, discordam sobre o que é o melhor para o sucesso da amamentação e consequente aumento ponderal da recém-nascida, pelo que se dialogassem mais e de forma mais efetiva conseguiriam sentir uma relação atual menos tensa e de maior confiança.

No que respeita a comunicação não verbal, a família detém conhecimento e consegue interpretar de forma eficaz o modo como o outro se encontra e quais as necessidades de cada um dos elementos. Durante as várias consultas realizadas à família, estes demonstraram atenção e interesse pelos assuntos abordados e ensinamentos realizados, bem como envolvimento e partilha nos cuidados que foram prestados ao recém-nascido.

Comunicação circular

A comunicação circular reflete a satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família e de que forma o modo como cada um se expressa tem impacto na mesma. Uma comunicação eficaz dentro da família reflete a forma como estes conseguem comunicar sobre questões relacionadas com a conjugalidade e parentalidade. O casal refere abordar os assuntos e tomar decisões em conjunto.

Em relação à família alargada, a troca de informação é maior entre os elementos mais próximos ao casal, nomeadamente os avós maternos, os tios paternos da OM e o amigo de RM. Relativamente a questões relacionadas com a parentalidade, a avó materna tenta intervir sobre o que é melhor para a alimentação da OM, o que gera algum desconforto no casal. De modo a existir uma comunicação circular eficaz é importante que os vários elementos tenham oportunidade para manifestar as suas convicções.

Papeis

Residem num apartamento, tipologia 4, com varanda circundante. As atividades respetivas ao cuidado da casa, cuidados com roupa e confeção de alimentos são partilhadas de pela IF e o R.M, sendo que nesta fase recebem muita ajuda da avó materna, que assegura grande parte desses cuidados.

Os cuidados à recém-nascida são prestados maioritariamente pela IF, uma vez que amamenta a sua filha ao peito materno, no entanto, o RM também partilha com esta os cuidados de higiene e conforto, como o banho e mudança da fralda.

Influência e poder

A OM apresenta necessidades de cuidados, sendo por isso alvo de maior cuidados e atenção por parte dos elementos da família. O casal procura opinião e esclarecimento de dúvidas com a avó materna e com a tia paterna da OM.

Crenças

A família OM não tem crenças espirituais relevantes, nem crenças em saúde dificultadoras. São religiosos, mas não praticam com regularidade. Referem que a família é um elemento

significativo na vida de ambos e é com eles que vão buscar força e inspiração para ultrapassar as dificuldades da vida.

Alianças e uniões

Existe uma união forte entre a IF e o RM, o que facilita a gestão dos limites para com a família de origem. A IF alia-se á sua mãe e á cunhada quando necessita de suporte emocional ou apoio. O RM estabelece uma relação de união com o seu colega de infância quando necessita de suporte emocional.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

O cuidar em enfermagem de saúde familiar deve ter em conta a individualidade do indivíduo, família e comunidade, bem como o meio ambiente em que está inserido. O cuidado depende da participação direta e ativa dos diferentes elementos, quer na avaliação da situação, priorização dos problemas de saúde, bem como na tomada de decisão (Thomas, 2018 citado por Marques, Nené & Sequeira, 2024), sendo que as diferentes etapas deste ciclo originam transformações estruturais na família, refletindo a sua capacidade de adaptação e evolução perante as exigências da vida (Figueiredo, 2012).

3.1. Plano de cuidados à Família OM

Considerando a avaliação da família OM e a determinação dos focos de enfermagem, foi elaborado um plano de cuidados em colaboração com a família.

Quadro 4 – Plano de cuidados da família OM.

Foco de Atenção	Satisfação Conjugal.
Intervenção Diagnóstico	Avaliar satisfação conjugal tendo em conta: - Relação dinâmica do casal; - Comunicação do casal; - Interação sexual; - Função sexual;
Diagnóstico de Enfermagem	4/06/2025 Satisfação Conjugal Mantida.
Resultados Esperados	O sistema conjugal apresenta satisfação conjugal mantida, pelo que este foco necessita apenas de vigilância de cuidados de enfermagem;
Intervenções de Enfermagem	Promover a comunicação expressiva de emoções entre o casal; Aconselhar a redefinição da partilha de tarefas domésticas entre o casal; Motivar para atividades em conjunto; Planear rituais familiares;
Avaliação	2/07/2025 Após a implementação das intervenções realizadas, o subsistema conjugal demonstra uma relação dinâmica eficaz, comunicação funcional, interação sexual mantida e função sexual não comprometida.

Foco de Atenção	Processo Familiar
Intervenção Diagnóstico	Avaliar processo familiar considerando: - Comunicação; - Coping; - Interação de papéis; - Relação dinâmica; - Conflituoso.
Diagnóstico de Enfermagem	4/06/2025 Sem Processo familiar comprometido.
Resultados Esperados	Apesar do diagnostico processo familiar não se encontrar comprometido, verifica-se potencial para melhorar o coping familiar e a relação dinâmica.
Intervenções de Enfermagem	Promover a comunicação expressiva de emoções entre a IF e a sua mãe;

	Promover o envolvimento da família; Otimizar padrão de assertividade; Promover estratégias de coping na família; Colaborar na identificação dos papéis familiares. Motivar para atividades em conjunto; Planejar rituais familiares;
Avaliação	2/07/2025 Após a implementação das intervenções realizadas, a IF e a sua mãe apresentam uma comunicação e coping familiar eficaz, uma interação de papéis não conflituosa e uma relação dinâmica funcional.

Foco de Atenção	Vínculo
Intervenção Diagnóstico	Avaliar comportamento de vinculação Avaliar o conhecimento da mãe e ou pai para promover a vinculação
Diagnóstico de Enfermagem	Sem vinculação comprometida Potencial dos pais para melhorar o conhecimento sobre promoção da vinculação.
Resultados Esperados	O foco de atenção é alvo de intervenção de enfermagem ao longo do desenvolvimento infantil e tendo em conta a idade da criança.
Intervenções de Enfermagem	Avaliar comportamento de vinculação (0 aos 3 meses); Estimular a presença da mãe e do pai.; Incentivar desempenho do papel parental, ligação mãe-filho, amamentação, método de canguru; Ensinar os pais sobre papel parental, desenvolvimento infantil, vinculação; Encorajar uma relação dinâmica entre mãe/pai e recém-nascida; Envolver os pais nos cuidados à recém-nascida.
Avaliação	2/07/2025 Nos momentos de choro e desconforto da OM, os pais promovem colo e embalo, levando a recém-nascida a acalmar-se facilmente. A recém-nascida apresenta sucção eficaz durante a amamentação, capaz de satisfazer a necessidade de nutrição bem como reforço do vínculo emocional e físico entre OM e a IF. A OM reage ao som da voz dos pais, acalmando-se facilmente.

Foco de Atenção	Papel Parental
Intervenção Diagnóstico	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento da mãe e/ou do pai para tomar conta Avaliar papel parental;
Diagnóstico de Enfermagem	4/06/2025 Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e/ou do pai para tomar conta (necessidade desenvolvimento infantil) demonstrado. Sem papel parental comprometido.
Resultados Esperados	O papel parental é desempenhado de forma eficaz pelo casal IF e RM, logo este foco necessita apenas de vigilância de cuidados de enfermagem;
Intervenções de Enfermagem	Avaliar conhecimento da mãe e/ou do pai para tomar conta (de acordo com as necessidades desenvolvimentais); Ensinar os pais sobre: - Choro; - Vacinas; - Cuidados de higiene; - Prevenção de acidentes e medidas de segurança; - Eliminação vesical e intestinal; - Amamentação; - Temperatura corporal e vestuário; - Técnica de posicionamento; - Regime medicamentoso; - Papel parental. Informar sobre: - Papel parental - Desenvolvimento infantil (0 -3 meses); - Recursos na comunidade; Promover o papel parental; Incentivar o desempenho do papel parental;
Avaliação	21/06/2025 Apesar dos desafios inerentes ao primeiro ano de vida do recém-nascido, a IF e o RM demonstram vínculo presente para a OM. 2/07/2025 Após a implementação das intervenções realizadas, o subsistema parental demonstra conhecimento sobre o modo como desempenha o papel parental e sobre os cuidados inerentes à etapa do desenvolvimento infantil em que a sua filha se encontra.

Foco de Atenção	Desenvolvimento infantil
Intervenção Diagnóstico	Avaliar desenvolvimento infantil; Avaliar potencial para melhorar o conhecimento da mãe e ou do pai sobre o desenvolvimento infantil
Diagnóstico de Enfermagem	4/06/2025 - Desenvolvimento Infantil Comprometido

Resultados Esperados	O foco desenvolvimento infantil é alvo de intervenção de enfermagem pois pretende-se que a recém-nascida OM tenha um aumento ponderal adequado á fase de desenvolvimento e de acordo com o percentil recomendado.
Intervenções de Enfermagem	Avaliar o desenvolvimento infantil da recém-nascida; Monitorizar peso corporal; Ensinar sobre desenvolvimento infantil; Assistir no amamentar; Vigiar mamada; Ensinar os pais sobre amamentação em livre demanda; Incentivar comportamento procura saúde;
Avaliação	2/07/2025 A recém-nascida OM apresenta aumento ponderal diário adequado para a o estadio de desenvolvimento em que se encontra.

Foco de Atenção	Amamentação
Intervenção Diagnóstico	Potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre amamentação; Potencial da mãe/pai para melhorar o amamentar;
Atividade diagnóstico	Avaliar potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre amamentação; Avaliar o amamentar;
Diagnóstico de Enfermagem	4/06/2025 Potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre amamentação demonstrado; Amamentar comprometido; 23/06/2023 Amamentar não comprometido;
Resultados Esperados	O casal apresenta conhecimento sobre o amamentar, logo este foco necessita apenas de vigilância de cuidados de enfermagem. Que a OM apresente uma pega eficaz e o casal consiga adquirir estratégias para despertar a recém-nascida. Que a OM apresente aumento ponderal satisfatório.
Intervenções de Enfermagem	Avaliar conhecimento da mãe/pai sobre o amamentar; Ensinar sobre: - Lactação; - Ingurgitamento mamário; - Prevenção da maceração e mastite da lactação; - Armazenamento leite materno; - Benefícios da amamentação. Providenciar folhetos informativos sobre amamentação. Ensinar os pais sobre ligação mãe/pai e filha; Ensinar sobre desenvolvimento infantil; Incentivar os pais para o contacto pele a pele; Incentivar os pais para a amamentação; Assistir no amamentar; - Vigiar a pega; Vigiar mamada; Ensinar os pais sobre: - Amamentação; - Amamentação em livre demanda; - Sinais de fome; - Sinais de saciedade; - Pega adequada; - Posição do recém-nascido para mamar; - Técnicas para estimular o recém-nascido sonolento; - Recursos de apoio para a amamentação (profissionais de saúde: enfermeiro família); - Cuidados à mama; Envolver a pessoa significativa; Elogiar o esforço e dedicação da IF e RM sobre a aprendizagem e desempenho na amamentação.
Avaliação	23/06/2025 O casal demonstra conhecimento e vontade em amamentar o recém-nascido ao peito materno. Identifica com clareza os benefícios do aleitamento materno. No entanto, o amamentar encontra-se comprometido, uma vez o recém-nascido não realiza uma pega eficaz e

	é bastante sonolento durante a mamada. Os pais demonstram-se inseguros no amamentar, associado ao pouco aumento ponderal esperado, gerando sentimentos de stress e ansiedade no casal e consequente tensão entre a relação IF e a sua mãe. 4/07/2025 O Casal cumpre a vigilância da saúde infantil e monitoriza o peso corporal da recém-nascida de forma assídua. Demonstra interesse em melhorar a técnica e posição de amamentação. Realizei vigilância da mamada na consulta de enfermagem e na consulta de enfermagem no domicílio prestando apoio na amamentação. O pai, RM demonstra um comportamento participativo nos cuidados à sua filha e demonstra palavras de incentivo e apoio à IF.
--	--

Foco de Atenção	Comportamento de procura de saúde
Intervenção Diagnóstico	Adesão comportamento de procura de saúde;
Atividade diagnóstico	Avaliar adesão comportamento procura saúde;
Diagnóstico de Enfermagem	4/06/2025 Adesão comportamento procura de saúde demonstrada;
Resultados Esperados	O casal apresenta adesão comportamentos procura de saúde, logo este foco necessita apenas de vigilância de cuidados de enfermagem;
Intervenções de Enfermagem	Promover adesão comportamento procura de saúde; Incentivar: - Adesão comportamento procura de saúde; - Comportamento procura de saúde; Ensinar sobre: - Comportamento procura saúde - Monitorização peso corporal. Orientar para o enfermeiro de família; Planear atividade.
Avaliação	4/07/2025 O casal demonstra comportamento procura de saúde, pois procura a unidade de saúde e o enfermeiro de família no esclarecimento de dúvidas; O Casal cumpre a vigilância da saúde infantil e monitoriza o peso corporal da recém-nascida de forma assídua.

Foco de Atenção	Ansiedade
Intervenção Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre a ansiedade; Conhecimento sobre ansiedade.
Atividade diagnóstico	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre a ansiedade; Avaliar ansiedade.
Diagnóstico de Enfermagem	4/06/2025 - Ansiedade presente em grau moderado
Resultados Esperados	Que a IF consiga gerir os níveis de ansiedade perante as dificuldades do aumento ponderal da OM. O foco ansiedade é alvo de intervenção de enfermagem pois níveis de ansiedade elevados na IF acabam por ter repercussões a nível da amamentação e produção de leite materno. A implementação dos cuidados de enfermagem individualizados, o apoio e a informação nesta fase da amamentação serão a prioridade dos cuidados.
Intervenções de Enfermagem	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre a ansiedade; Avaliar ansiedade; Orientar para técnicas de relaxamento; Encorajar autocontrolo da ansiedade; Gerir ambiente, incentivando a IF a amamentar num ambiente tranquilo e junto dos elementos significativos (marido, RM e a sua cunhada); Escutar o casal; Disponibilizar suporte emocional incentivando a expressão de sentimentos e preocupações. Assistir a IF a identificar fatores desencadeantes de ansiedade; Planear técnica de relaxamento; Incentivar o envolvimento do RM na expressão de emoções proporcionando suporte emocional à IF.
Avaliação	4/07/2025 A IF conseguiu adquirir estratégias para controlo de ansiedade. Com o sucesso da amamentação e com o aumento ponderal adequado, os níveis de ansiedade da IF diminuíram.